

## ***Cidades, Saúde e Desenvolvimento Social: visão, iniciativas, desafios e algumas reflexões a partir do Sul***

Maria Inês Azambuja [miazambuja@terra.com.br](mailto:miazambuja@terra.com.br)

Roger dos Santos Rosa [roger.srosa@gmail.com](mailto:roger.srosa@gmail.com)

Aloyzio Achutti [achutti@gmail.com](mailto:achutti@gmail.com)

Alzira Lewgoy [lewgoy@terra.com.br](mailto:lewgoy@terra.com.br)

Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, UFRGS - [www.ufrgs.br/saudeurbana](http://www.ufrgs.br/saudeurbana)

Obs. Este artigo foi submetido e recusado pelos Cadernos de Saúde Pública, número especial sobre Saúde Urbana, em 2014.

### **Introdução**

A Agenda para o Desenvolvimento Após-2015, lançada em 2012 pelas Nações Unidas <sup>1</sup>, compromete com sua execução as organizações multilaterais, como a Organização Pan Americana da Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), e seus países membros. Há dois objetivos centrais: 1) completar a tarefa de atingir os Objetivos do Milênio (ODM) onde isto não aconteceu; e 2) promover o desenvolvimento sustentável. É uma agenda que se propõe a ser *'unificada'* em seu foco e *'universal'* em sua aplicabilidade a todos os países. As metas devem estar implementadas a partir de 2015, mas antes (em 2014) devem ser submetidas a discussões nas Nações Unidas. No centro do debate estão as questões urbanas: a erradicação da pobreza e da segregação urbana, e o desenvolvimento urbano com sustentabilidade social e ambiental.

Este artigo quer trazer aos leitores dos Cadernos de Saúde Pública uma visão do Sul do Brasil (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) sobre a (re-)emergência dos temas “Saúde Urbana” e “Saúde e Desenvolvimento” na agenda Global. E convidá-los a debaterem estas ideias, complementando, discordando, aprofundando, modificando, pois mais do que simplesmente entregar o que a Agenda propõe, precisamos entender as opções e os desafios a partir do nosso contexto – um país muito desigual e inserido periféricamente na economia globalizada como exportador de “commodities” e importador de produtos e serviços tecnologicamente mais avançados, e especialmente importador das ideologias que legitimam o consumo.

## **Século XX: Urbanização e ascensão e queda da agenda das “desigualdades sociais e a saúde” no Brasil**

O reconhecimento de associação entre condições de saúde e condições ambientais e de vida é muito antigo. Hipócrates já ensinava aos médicos itinerantes de então sobre como poderiam prever o padrão de adoecimento de sua população ao chegarem a um novo povoado, pela observação dos ares, águas e lugares <sup>2</sup>.

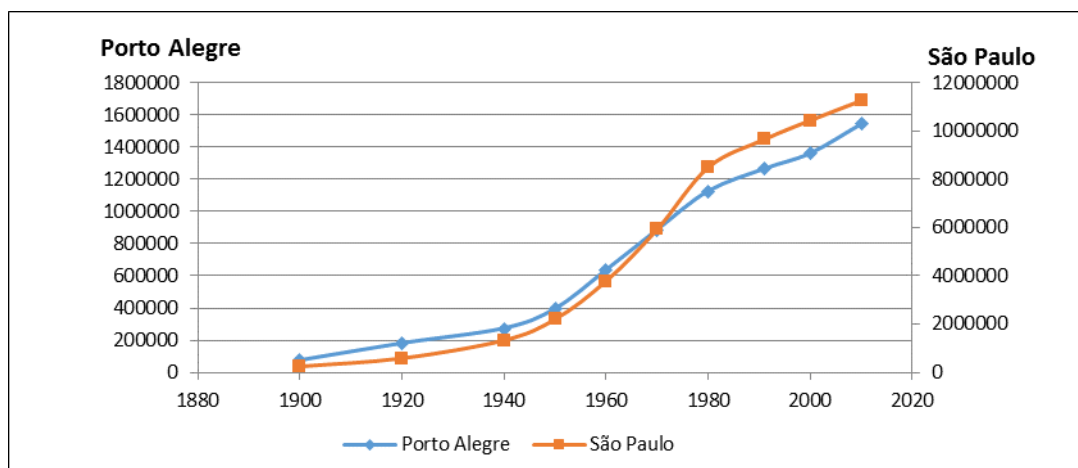
Em períodos de intensificação da urbanização, o crescimento econômico sempre se acompanhou de piora dos “ares, águas e lugares” das cidades, e de exposição da população socialmente mais vulnerável às situações mais nocivas, com reflexos no nível e distribuição de adoecimento e mortes.

Nos 100 anos que se seguiram à Revolução Industrial, as populações de Londres e Paris cresceram 5 vezes e a de Berlim 10 vezes <sup>3</sup>. Entre 1820 e 1845, Villermé, na França, e Chadwick e Engels, na Inglaterra, fizeram descrições detalhadas tanto do desenvolvimento econômico como do agravamento das condições de vida e de saúde dos trabalhadores <sup>4-5</sup>. Além das epidemias de cólera <sup>6</sup>, a tuberculose, a pneumonia e a influenza respondiam pela maior mortalidade entre os adultos <sup>3</sup>. A mortalidade infantil era um marcador sensível das diferenças sociais e ambientais. Quer fossem comparados o campo e a cidade, bairros de classe média e bairros pobres, ou distritos de baixa e alta densidade populacional, a mortalidade infantil era sempre maior nos segundos <sup>7</sup>.

Nos EUA, o impacto da urbanização sobre as condições de vida também pode ser avaliado pela evolução da mortalidade infantil em Nova York: em 1810, 145/1000 nascidos vivos, em 1850, 180/1000, em 1860, 220/1000 e em 1870, 240/1000<sup>7</sup>.

Na América Latina, o processo de urbanização acelerou-se a partir da década de 50 e já na década de 60 inverteu a relação entre população rural e urbana na região. No Brasil, a população urbana passou de 12 milhões em 1940 para 138 milhões em 2000 <sup>5</sup>. As capitais dos Estados, e especialmente São Paulo, passaram a concentrar grandes contingentes populacionais. Entre 1940 e 2010, Porto Alegre cresceu 5,6 vezes em termos populacionais – tendo que acomodar 1,24 milhões de pessoas além das 270 mil residentes em 1940. O município de São Paulo cresceu 8,4 vezes, passando de 1,3 para 11,2 milhões de habitantes em 70 anos.

Fig. 1 - Evolução das Populações das Cidades de Porto Alegre e São Paulo no século XX.

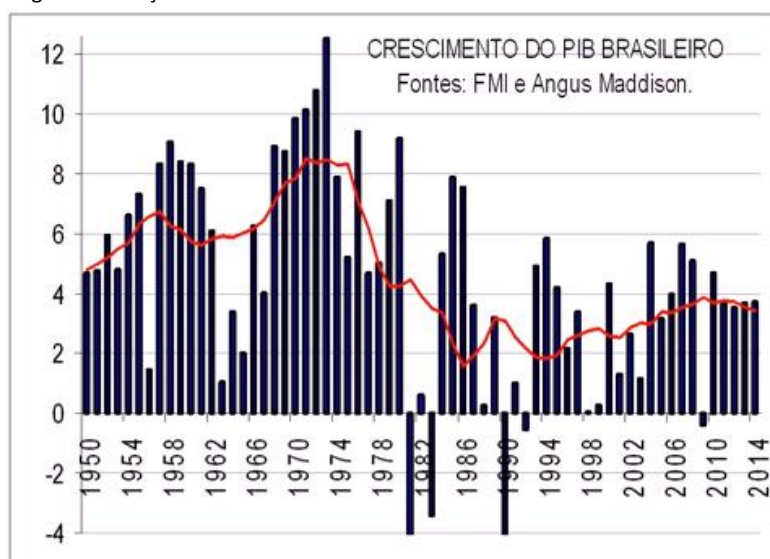


Fonte: Porto Alegre, [http://en.wikipedia.org/wiki/Porto\\_Alegre#cite\\_note-31](http://en.wikipedia.org/wiki/Porto_Alegre#cite_note-31) , último acesso 13/11/2013

São Paulo: [http://smdu.prefeitura.sp.gov.br/historico\\_demografico/tabelas/pop\\_evo.php](http://smdu.prefeitura.sp.gov.br/historico_demografico/tabelas/pop_evo.php) , último acesso 13/11/2013

Comparativamente, as cidades brasileiras superaram as cidades europeias em tamanho e velocidade do crescimento populacional. E com o agravante de, na década de 80, a população migrante e seus filhos e netos terem enfrentado uma situação de profunda estagnação econômica – a chamada “década perdida”. A renda per capita de países da América Latina e Caribe diminuiu 0,7% ao ano, 10% na década<sup>8</sup> e, no Brasil, a recuperação econômica só mostrou mais sustentabilidade nos últimos 10 anos.

Fig. 2 – Evolução do PIB Brasileiro de 1950 -2014



Fonte: <http://www.youtube.com/watch?v=1UhPENaZz-4>

Na década de 70, em meio a este processo de urbanização acelerada, pesquisadores brasileiros começam a descrever a correlação entre indicadores econômicos e sociais (PIB, concentração de renda, salário mínimo real, nível de educação) e indicadores de saúde <sup>9</sup>, especialmente a mortalidade infantil (Leser <sup>10</sup>, Yunes e Ronchezel <sup>11</sup>), a esperança de vida ao nascer (Singer <sup>12</sup>) e as taxas de acidentes de trabalho (Arouca <sup>13</sup>). Em 1979 já se reconhecia que o excesso de mortalidade da população em desvantagem social não se restringia às doenças infecciosas – “doenças da pobreza” - mas ocorria também por condições crônicas (doenças do coração e câncer), até então, supostamente associadas a “estágios superiores de desenvolvimento econômico”<sup>9, p. 150</sup>.

No Rio Grande do Sul, o primeiro estudo brasileiro sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares na população adulta, realizado em 1978, também mostrou desigualdades sociais na distribuição das ocorrências <sup>14-15</sup>. Na década de 80, Victora e cols <sup>16</sup> descreveram a associação entre estado nutricional de crianças e diversas variáveis sociais (renda familiar, educação do pai, da mãe, emprego, número de irmãos, etnia) e ambientais (habitação, aglomeramento, água tratada, esgoto). Guimarães e Fischmann <sup>17</sup> mostraram a diferença na mortalidade infantil entre favelados (75,5/1000 nascidos vivos) e não favelados (25/1000) na cidade de Porto Alegre, capital então com uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil do Brasil (36,4/1000). E Barcelos e cols <sup>18</sup>, em um estudo sobre segregação urbana e a mortalidade em Porto Alegre, também mostraram a associação de mortalidade cardiovascular precoce e mortalidade por doenças infecciosas e do aparelho respiratório em áreas de moradias precárias, o que colocava em xeque a concepção então vigente de serem as doenças cardiovasculares doenças da modernidade.

Mas depois desta leva de investigações realizadas nos anos 70 e 80, os estudos sobre as desigualdades sociais e a saúde praticamente desapareceram da agenda de pesquisa no Brasil.

Em um relato auto-biográfico publicado em 2005, Campos <sup>19</sup> fala sobre a perda do que ele chamou de *ethos* característico do sanitarista da geração formada nos anos 70-80: “uma paixão pela vida, pelo desejo de combinar o trabalho com algum tipo de militância e ... de dedicação a causas sociais e humanitárias (p. 122)”. Segundo Campos, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a vitória da criação do SUS (Constituição, 1988, Lei Orgânica do SUS 1990) – seguidos quase imediatamente pelo ajuste neo-liberal que se inicia no Brasil com Collor de Mello (1992) - há um declínio do *ethos* original frente ao “poder avassalador deste

novo modo de encarar a vida, um descompromisso radical com tudo que não seja interesse próprio, .... (19, p. 141)».

Talvez seja apenas coincidência, mas a última grande manifestação da Saúde Coletiva Brasileira sobre o tema das Desigualdades Sociais e a Saúde deu-se exatamente no Primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 1990 – cujo tema foi “Epidemiologia e Desigualdades Sociais: os desafios do final do século”. O Congresso marca o início da hegemonia da Epidemiologia na área da Saúde Pública brasileira, momento de “*implantação e consolidação de cursos de Pós-Graduação e com uma demanda crescente para cursos de especialização e capacitação de pessoal dos serviços*”<sup>20 (p.15)</sup>. O alinhamento progressivo dos cursos de pós-graduação com as linhas de pesquisa e métodos hegemônicos nos países economicamente dominantes e as demandas da assistência no SUS modificaram a formação das próximas gerações de especialistas em saúde pública, que se tornaram mais focados em epidemiologia de doenças crônicas, epidemiologia clínica e em menor escala, gestão de serviços de saúde. As desigualdades sociais e seus efeitos sobre a Saúde, que não estavam no radar da epidemiologia nos países centrais, tornaram-se um tema esquecido também no Brasil, apesar de durante todo o período termos merecido, em vários momentos, o título de campeões das desigualdades sociais, no mundo!

### **Século XXI e as agendas globais: determinantes sociais, macroeconomia e saúde urbana**

A re-introdução da preocupação com as desigualdades sociais na área da Saúde Pública brasileira ocorreu apenas em 2005-2006<sup>21</sup>, e a partir de debate iniciado fora (Krieger e cols, 1997<sup>22</sup>; Lynch e cols, 2001<sup>23</sup>; Marmot & Wilkinson, 2001<sup>24</sup>), mas em seguida incorporado à agenda global (Marmot 2005<sup>25</sup>, Marmot 2008<sup>26</sup>). A criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS em 2005<sup>27</sup>, liderada por Michael Marmot, estimulou a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde no Brasil em 2006<sup>28</sup>, liderada por Paulo Buss, mas durante todo o período, mesmo o Brasil tendo sido escolhido como sede da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011)<sup>29</sup>, o tema das desigualdades sociais e a saúde foram tratados aqui de forma periférica.

A outra perspectiva que emergiu quase simultaneamente a dos Determinantes Sociais da Saúde nos países centrais e mais cedo se constituiu como Comissão na OMS, foi a da Macroeconomia e a Saúde (Sachs 2001<sup>30</sup>). Foi deste grupo a proposta dos Objetivos do Milênio

(ODM). Pela objetividade dos indicadores e das metas a eles associadas – que não requeriam modificação na estrutura de poder para serem atingidas – os ODM conseguiram mais engajamento tanto da sociedade civil<sup>31-32</sup> como de governos<sup>33</sup>, que se sentiram tendo que prestar contas e temerosos da comparação internacional. Entretanto, a Agenda dos ODM, pelo menos no Sul, pouco engajou a academia no debate.

A abordagem das desigualdades pelo viés da Saúde Urbana também se iniciou na virada para o século XXI, a partir do reconhecimento da importância crescente da urbanização como uma força motora transversal determinando a saúde e o desenvolvimento<sup>34-36</sup>.

A agenda da Saúde Urbana ampliou a perspectiva da iniciativa anterior, canadense, das Cidades Saudáveis<sup>37</sup>, que enfocava principalmente a promoção da saúde por educação e outras intervenções voltadas ao controle de fatores de risco para doenças crônicas. Esta ampliação deu-se, inicialmente, pela incorporação da perspectiva dos determinantes sociais da desigualdade em saúde (o Centro KOBE da OMS foi escolhido em 2005 como hub para a rede de conhecimentos sobre ambientes urbanos da Comissão de Determinantes Sociais da OMS<sup>28</sup>). Mas o crescimento urbano acelerado na China, Índia e África, o temor dos efeitos deste crescimento sobre a sustentabilidade ambiental, e também o reconhecimento das oportunidades de negócios propiciada por esta nova onda de urbanização<sup>34, 38</sup> acabaram por colocar a Saúde Urbana (tema anual da OMS em 2010) no centro da discussão sobre saúde e desenvolvimento, como demonstra a agenda para o Desenvolvimento Após-2015<sup>1, 39</sup>

## **A experiência do Rio Grande do Sul - *Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades da UFRGS***

### ***Histórico***

O Programa Saúde Urbana da UFRGS<sup>5, 40</sup>, tem pelo menos duas raízes históricas: 1) a colaboração com a OPS/OMS na área da prevenção de doenças cardiovasculares (DCV) e promoção da saúde desde o final da década de 70, liderada por um dos autores (Achutti), e 2) o que Campos chamou de *ethos* dos sanitaristas formados nas décadas de 70 e 80 - “desejo de combinar o trabalho com algum tipo de militância e ... de dedicação a causas sociais e humanitárias (15,p. 122)”, aliado ao fato de alguns de nós (Azambuja, Rosa) estarmos em um Departamento denominado de “Medicina Social”, o que também tem significado histórico.

Em 2005, o Prof. Steve Leeder, que com outros lutava por incluir a prevenção das Doenças Cardiovasculares na Agenda Global - já que ela não havia sido contemplada pelos ODM - contactou o Prof. Achutti para uma colaboração. Leeder e cols haviam acabado de publicar um livro influente globalmente, chamado “A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies”<sup>41</sup>, comissionado pelo Earth Institute (promotor da vertente da Macroeconomia e Saúde). A proposta era contribuir com o braço brasileiro de um estudo sobre custos econômicos das DCV em 4 países de renda média – Brasil, África do Sul, China e Índia. A tarefa foi aceita e o trabalho realizado<sup>42</sup>. Contudo, estando atentos à retomada da perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde a nível global<sup>25</sup>, o grupo gaúcho decidiu documentar as disparidades sociais nas ocorrências de DCV, um aspecto não considerado no projeto macroeconômico original e que, a nosso ver, precisaria ser contemplado num país como o Brasil (o *ethos* dos antigos sanitaristas se manifestando...). Mais, entendíamos que ambas as abordagens eram necessárias e deveriam ser integradas<sup>43-44</sup>.

Em 2008 mostramos que, estratificando os bairros da cidade de Porto Alegre por uma medida sumária de indicadores sociais selecionados, as taxas de mortalidade precoce (antes dos 65 anos) por DCV eram até 3 vezes maiores em *bairros* classificados no quartil inferior comparado ao quartil superior da distribuição. Chamamos a atenção, desde o título do artigo (...“da evidência à ação”) para a necessidade de os tomadores de decisão política usarem esta informação para a planificação da ação<sup>44</sup>. Esta mesma linha de inquérito sócio-geográfico resultou em outras publicações mostrando disparidades em hospitalizações<sup>45</sup> e mortalidade<sup>46</sup> por doenças respiratórias, prevalência de tuberculose<sup>47</sup> e expectativa de vida média<sup>48</sup> entre os bairros da cidade estratificados por condições sociais.

Estes estudos foram instrumentais para a posição crítica que o grupo adotou com relação à redução de desigualdades de saúde via assistência médica. Entendíamos que, para enfrentarmos as desigualdades em saúde, precisaríamos investimento ambiental e social nas nossas cidades - uma recuperação da perspectiva da Medicina Social da metade do século XIX na Europa, mas que precisaria ser atualizada e contextualizada para o Brasil (e a Região) dos dias atuais e debatida amplamente.

### ***Visão: do diagnóstico à ação***

Com a globalização, a desigualdade em saúde entre e dentro dos países (e das cidades) crescentemente resulta de iniciativas transnacionais que envolvem atores com diferentes interesses e graus de poder: estados, corporações transnacionais, sociedade civil e outros<sup>49</sup>. Mas sem desconhecer isto, e nem que este novo campo da Saúde Urbana também esteja sendo impulsionado pela agenda econômica global<sup>34,39</sup>, parece-nos que o foco no urbano tenha a vantagem de trazer de volta “o contexto” (espaço/território X tempo/história) num nível de organização social onde *existe possibilidade de decisão política* – a cidade – e se pode pleitear passar do diagnóstico à ação.

Birn<sup>4</sup>, em artigo em que debate a questão da ação para efetivar mudanças nos determinantes sociais da saúde, faz uma comparação que nos interessa muito hoje sobre como, a partir do mesmo diagnóstico de associação entre a pobreza e o adoecimento a que chegaram os estudos de Villermé, Chadwick e Engels na Europa do século XIX, cada um aponta caminhos diferentes para lidar com ele: Laissez-faire, Reforma e Revolução.

Louis-René Villermé (1782–1863), cirurgião francês e pesquisador social, demonstrou em estudo publicado em 1826, que os padrões de mortalidade em Paris se correlacionavam quase perfeitamente com as taxas de pobreza: quanto mais pobre a vizinhança maior a mortalidade. Mas como liberal, defensor do livre mercado, Villermé se opunha a políticas públicas de melhoria social. Via a pobreza como falha pessoal que deveria ser superada tanto por esforço individual como pelo avanço da industrialização capitalista. Propunha então o laissez-faire, e eximia a burguesia da necessidade de combater a miséria e a desigualdade, seja por medidas sanitárias ou por políticas de bem estar social.

Friedrich Engels (1820-1895), filho de um industrial alemão, publicou *The Condition of the Working Class in England* em 1845, onde descrevia as mesmas desigualdades sociais na saúde e a opressão e sofrimento dos trabalhadores. Mas sua chamada para a ação foi revolucionária. Após sua participação na elaboração do manifesto comunista de 1848 (há controvérsias sobre como), colaborou com Marx pelos próximos 40 anos.

Edwin Chadwick (1800-1890), advogado, utilitarista e servidor público, fez ele próprio o mesmo diagnóstico em um grande estudo que publicou em 1842 denominado *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, e a partir dele propôs uma Reforma Sanitária. E este foi o caminho trilhado...



O racional da proposta de desenvolvimento urbano sustentável tem muitas semelhanças com a percepção utilitária de Chadwick. Quando se fala em desenvolvimento sustentável, entende-se a que a saúde seja tanto um pré-requisito (saúde para o desenvolvimento) como uma finalidade (desenvolvimento para a saúde). E neste sentido, está justificado que se defenda a melhoria da saúde como direito humano individual, mas também como um bem coletivo, com potencial de gerar melhoria nas condições de vida de todos.

Investirmos no reconhecimento público do valor da saúde coletiva para o desenvolvimento social é um requisito para que a produção da saúde se torne prioridade de Estado. Foi este o esforço que Chadwick realizou em sua época: convencer servidores públicos civis, homens de negócio e legisladores que melhorar a saúde dos trabalhadores ingleses era uma questão de Estado; que doença e pobreza estavam colocando um limite ao crescimento da Inglaterra, e que (também) por isto precisavam ser superadas. E propor para isto uma agenda de reforma sanitária urbana - drenagem e disposição de esgotos, melhoria no suprimento de água e coleta de lixo (possivelmente também capaz de mobilizar o interesse dos homens de negócio) - que se consolidasse através de melhoria na legislação, a partir de decisão do poder econômico e político dominantes <sup>4</sup>.

### ***A importância do contexto: Reforma Urbana na Inglaterra do século XIX e no Brasil do século XXI***

A solução defendida por Chadwick na Inglaterra do século XIX - investimento em reforma urbana como motriz do desenvolvimento social e da melhoria nas condições de saúde da população - seria talvez a estratégia óbvia para o Brasil e todos os países menos desenvolvidos hoje se, como a Inglaterra, fossemos os donos do nosso destino. Contudo, a reforma urbana como estratégia de promoção da saúde tem hoje competidores que não existiam no século XIX: o complexo médico-industrial e sua estratégia de promoção da saúde via atenção médica individual.

Vivemos num sistema de mercado global onde os fluxos de bens, pessoas, dinheiro, informação, ideias e valores são cada vez maiores e em boa parte determinantes das agendas e possibilidades dos diferentes atores (estados, corporações transnacionais, sociedade civil e outros) <sup>49-50</sup>. As grandes empresas transnacionais concentram enorme poder econômico, que elas usam para influir em processos de governança e mercados globais, de forma a garantir seus

interesses. Ottersen e cols <sup>49</sup> apresentam alguns números que nos permitem comparar o poder das corporações transnacionais com o dos estados nacionais. Das 184 economias para as quais o Banco Mundial tinha dados sobre o Produto Interno Bruto (PIB) em 2011, 124 tinham PIB menor que US\$ 100 bilhões. Já a capitalização de mercado das 5 maiores empresas de bebidas era de US\$ 600 bilhões e das 5 maiores empresas farmacêuticas, de US\$ 800 bilhões. Em 2013, a Fundação Bill e Melinda Gates tinha um fundo de mais de US\$ 36 bilhões, ou seja, poder econômico suficiente para influir na agenda global e direcionar esforços e ação para as suas prioridades <sup>49</sup>.

Nada disto é novidade. Em artigo introdutório à publicação "Saúde e Medicina no Brasil - contribuição a um debate", organizada por Reinaldo Guimarães<sup>51</sup> em 1978 - publicação que merece ser lida especialmente pelas novas gerações, Fiori <sup>52</sup> já escrevia: "*Fora da compreensão da estrutura e dinâmica da acumulação capitalista recente, condicionada e condicionante das relações entre o Estado e a Sociedade, .. não é possível uma autêntica compreensão do que se passa com a Medicina e a Saúde brasileiras (p.19)*". ..."*É no campo da Saúde Pública que a acumulação dá-se mais claramente nas atividades-meio. Pelo consumo de vacinas importadas, quimioterápicos, pesticidas, etc. As decisões sobre políticas de controle e erradicação são fortemente influenciadas por tais articulações no complexo médico-industrial (p.25)*". Um exemplo claro da competição entre promoção da saúde via reforma urbana e via medicalização foi a decisão de prevenir o Cólera na Índia utilizando, ao invés de investimento em água potável e saneamento – “mais difíceis” - a vacina Shancol, desenvolvida em colaboração com o International Vaccine Institute e Vabiotech e aporte da Fundação Bill e Melinda Gates para testes de eficácia (60% de eficácia em regime de dose única). A vacina foi licenciada em 2009 e é produzida na Índia em laboratório de empresa local adquirida pela SANOFI em operação contestada judicialmente pela Índia em 2010 e resolvida a favor da multinacional em 2013 <sup>53</sup>.

Para os que acreditam que seria preferível investir na *produção* de boa saúde (através de boa alimentação, saneamento, habitação, transporte, emprego e renda...) mais do que na medicalização, nem tudo está perdido,... porque há interesses concorrentes dentro do próprio capital internacional. E talvez por ver o quanto as indústrias farmacêutica e da saúde de um modo geral estão lucrando em nossos países, outros setores tem se mobilizado para também venderem soluções por aqui. (Parece-nos que esta seja a leitura que devemos fazer sobre a agenda da ONU para o desenvolvimento urbano sustentável após 2015).

Passamos então a “ter opções”... Mais remédios e mais seguro-saúde <sup>54</sup> ou mais infraestrutura e serviços em saneamento, transporte, habitação, educação <sup>39</sup> ? Economistas podem falar mais apropriadamente sobre o assunto, mas nos parece que, mesmo mantendo intocadas as relações de poder que produzem as desigualdades em primeiro lugar, e ainda que comprando tecnologias e serviços do exterior nos dois casos, no segundo, além do benefício direto das obras de infraestrutura para quem não tem, haveria mais diversificação de investimentos, possibilidade de investimento local concorrente e novas frentes de trabalho que ajudariam a melhorar qualificação, o nível salarial e com isto a saúde da população urbana.

### **Desafios, algumas iniciativas e experiências, uma pergunta e mais desafios...**

Mas como promover a agenda da Saúde Urbana? Os desafios são muito grandes pois ganhos em Saúde neste caso seriam *resultado* de ações que estão fora do controle do setor saúde. Aos promotores da Saúde Urbana caberia sensibilizar tomadores de decisão com relação à importância de “colocar Saúde em todas as políticas”<sup>55</sup>, ou seja, investir em promover a equidade não só nas políticas de saúde, mas através de todas as políticas sociais, econômicas e ambientais, e monitorar seus resultados usando indicadores de redução das desigualdades em saúde. E quem seriam estes promotores?

No Brasil, a construção desta perspectiva é ainda muito recente. No quadro 1 referimos algumas iniciativas nesta direção, na maior parte constituídas como Observatórios Urbanos, uma possibilidade para organizar os diferentes atores em tornos de políticas urbanas multidimensionais <sup>56-57</sup>. Também relacionamos algumas tentativas da UFRGS, na linha da comunicação e participação.

Quadro 1 – Saúde Urbana no Brasil, área em construção.

| Ano  | Referências   |
|------|---|
| 2002 | Criação do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte.  |
| 2005 | Fórum Cadernos de Saúde Pública - O que é Saúde Urbana? Proietti FA, Caiaffa W (UFMG), Eds. <sup>58</sup> |
| 2006 | Criação do Observa-Saúde, São Paulo (Região Metropolitana) – Governo do Estado e                          |

|      |  |
|------|--|
|      | Prefeitura Municipal de São Paulo. <sup>59</sup>   |
| 2006 | Criação do ObservaPoA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre <sup>60</sup> .   |
| 2009 | Criação do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades na UFRGS, e obtenção do primeiro financiamento pelo Edital MEC/SESu PROEXT <sup>5</sup> . |
| 2011 | Congresso Internacional de Saúde Urbana em Belo Horizonte, organizado pela UFMG.   |
|      | Incorporação do tema e do Grupo Saúde Urbana da UFRGS ao Projeto INCT Observatório das Metrôpoles <sup>61</sup> , e participação conjunta no projeto PRONEM-FAPERGS.           |
|      | Início do Projeto InterSossego: o desafio da interdisciplinaridade, intersetorialidade e mobilização comunitária na Vila <i>Sossego</i> , em Porto Alegre <sup>62</sup>        |
|      | Documento Indutor da Saúde Urbana, Fiocruz, RJ <sup>63</sup>   |
|      | Artigo “Saúde Urbana e Medicina Social” no jornal Zero Hora de Porto Alegre <sup>64</sup>  |
| 2012 | Artigo “Saúde Urbana e Desenvolvimento Social” em espaço do Observatório das Metrôpoles no Jornal “O Globo” <sup>65</sup>  |
| 2012 | Mesas-redondas sobre Saúde e Cidades/Regiões Metropolitanas no Congresso da Abrasco <sup>66</sup>  |
| 2013 | Parceria UFRGS-OPAS para avaliação de indicadores “Urban Heart” de saúde e desenvolvimento sustentável em nível local (em construção) <sup>67</sup>                            |
| 2014 | Edição especial sobre Saúde Urbana nos Cadernos de Saúde Pública.  |

O Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades ([www.ufrgs.br/saudeurbana](http://www.ufrgs.br/saudeurbana)) foi institucionalizado em 2009, quando concorreu pela primeira vez a Edital do PROEXT/MEC.

Embora com ramificações na área da pesquisa, visava investir prioritariamente em extensão universitária. Pretendia, através da disseminação de informações e debates (onde este artigo se inclui), e de projetos e ações interdepartamentais, intersetoriais e comunitários<sup>68-69</sup> colocar o tema da Saúde Urbana na agenda local e nacional<sup>70</sup> além de desafiar a nós professores, os alunos, os profissionais e a comunidade – especialmente os envolvidos em atividades dos projetos - a refletirmos sobre a complexidade das situações vivenciadas.

Um dos projetos do Programa, o Projeto InterSossego<sup>71</sup> tem nos mostrado a grande distância que existe entre a formação e prática profissional (setorial, burocratizada, de baixa poder de resposta e despolitizada) e as necessidades daqueles em desvantagem social. Tem propiciado novas formas de interação entre professores e alunos de diferentes cursos (das áreas da saúde, serviço social, arquitetura, comunicação social, direito, educação...), além de experiências de interação intersetorial e comunitária. Tem mostrado dificuldades de articulação mesmo dentro da área da saúde, o que dirá entre os diversos setores prestadores de serviço à mesma população (ex.: não há consenso – conhecimento - nem sobre a população que vive em um dado território). E tem problematizado os limites da racionalidade técnica frente a práticas políticas clientelistas que buscam no pobre os votos e no mercado o dinheiro para a reeleição.

A partir do aprendizado neste projeto, estamos delineando outro, num população maior – um bairro pobre da cidade (a Restinga), onde queremos abordar a questão da relação entre saúde e desenvolvimento. E há aqui um ponto que gostaríamos de ver melhor discutido pela academia no Brasil.

Embora haja um certo consenso sobre a Saúde ser ao mesmo tempo condição e resultado tanto do desenvolvimento social como do econômico<sup>34-35, 39, 49</sup>, ainda temos, em nome do princípio do direito à *saúde individual* como direito humano, preconceitos em “monetarizar” ganhos na *saúde coletiva*, o que seria necessário, nos parece, para se tratar a saúde da população como resultado e recurso para o desenvolvimento. Não há, pensamos, incompatibilidade entre estas duas visões, já que são avaliações que acontecem em níveis de realidade diferentes (individual X coletivo). Como reconhecem Ottersen e cols<sup>49</sup>, o propósito de tratados comerciais é proteger fluxos monetários, e eles grandemente excluem preocupações com as áreas da saúde, meio ambiente e trabalho (usualmente não monetarizados), ou abrem mão delas para assegurar objetivos como melhoria no acesso a mercados para exportação (monetarizados). Monetarizar

variações nos níveis e distribuição da saúde nas populações não seria uma resposta adequada ao contexto de mercantilização global?

Esta discussão também não é nova. Em 1975, Araújo publicou um artigo de revisão na Revista de Saúde Pública denominado “Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de uma tema”<sup>72</sup>, recuperando estudos internacionais e nacionais produzidos nas duas décadas precedentes. O autor enfatiza a importância do tema para o Brasil, o relativo desconhecimento aqui dos estudos econométricos realizados fora, e a necessidade de trabalhar-se com metodologias da econometria para uma abordagem mais objetiva da relação saúde-desenvolvimento. Já na década de 60 discutia-se internacionalmente, entre outros aspectos, 1) a necessidade de incluir a saúde nos planos de desenvolvimento (Bravo e cols ); 2) a saúde como investimento e as dificuldades metodológicas para quantificar a sua rentabilidade (Mushkin); 3) o desenvolvimento social como fim e o econômico como meio (Drewnowski ), mas com destaque para efeitos secundários do desenvolvimento social sobre a produtividade e o crescimento econômico; e o desenvolvimento de índices do nível de vida das populações com participação especial de indicadores de saúde (Drewnowski e Scott).

Gostaríamos que esta discussão recebesse atenção dos sanitaristas e economistas. Estamos autorizados a trabalhar com estimativas econômicas de ganhos na saúde coletiva e comparações de ganhos versus investimentos em políticas sociais, econômicas e ambientais? Ou isto nos desqualifica como defensores dos direitos humanos?

Outras reflexões propiciadas por 5 anos de Programa Saúde Urbana são trazidas aqui como pontos que consideramos obstáculos ou desafios para a agenda da Saúde Urbana no país, e que julgamos importante discutir.

1) a produção de conhecimento sobre a distribuição de adoecimento nas cidades e sua associação com fatores sociais, econômicos e ambientais não permite transformar conhecimento em ação a partir do setor Saúde – uma situação difícil para professores e estudantes da área da saúde. A militância política pela redução das desigualdades sociais é aberta a todos. Mas atuar profissionalmente neste campo exigiria constituir uma nova área profissional – algo como uma advocacia da saúde urbana – ou recuperar e atualizar uma área histórica, a dos especialistas em saúde pública, profissionais cuja origem não necessariamente é a área da saúde, e cuja formação foi, ao longo dos últimos 30 anos, estreitada para caber nas possibilidades de atuação dentro do SUS. Faria parte do campo deste novo profissional de saúde pública, por exemplo, confrontar a

sub-habitação, já que condições precária de habitação estão associadas a uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo infecções respiratórias, asma, diarreia, acidentes e doença mental<sup>73</sup>, assim como assessorar e acompanhar projetos de saneamento, transporte e desenvolvimento urbano econômico, social e ambiental. Mais importante ainda, seria a estrutura e o processo de trabalho desses profissionais. A participação social e a comunicação teriam que ser privilegiadas, pois boa parte do esforço para a ação é o de compreender o problema em suas diversas dimensões, buscar recursos e negociar soluções.

E a que órgão esse profissional se vincularia hoje, já que a Saúde está 95% do tempo dedicada a resolver problemas de assistência?

2) a produção de conhecimento sobre a saúde urbana precisa engajar atores de várias disciplinas, diferentes departamentos e cursos e outras instituições, e precisa principalmente engajar a comunidade, todos requisitos extremamente difíceis de serem atingidos no contexto da universidade hoje – onde a valorização acadêmica é medida pela participação em programas de pós-graduação e, para garantir o grau de produtividade exigido pelos programas (medido por média anual de artigos científicos publicados em revistas internacionais), é preciso investir em especialização – o contrário da colaboração transversal, que requer tempo para a troca de conhecimentos e a construção de consensos.

3) produzir conhecimento não basta. Uma preocupação crescente dos formuladores políticos e dos acadêmicos no mundo todo tem sido a de que as mensurações de desigualdades ainda tem tido um caráter meramente descritivo, pouco se traduzindo em iniciativas de transformações efetivas da realidade<sup>74-75</sup> Os estudos realizados no Rio Grande do Sul sobre desigualdades na mortalidade por DCV são exemplo disto. Os tomadores de decisão política nunca se interessaram por eles. O que deve indicar que não estamos nos comunicando e apresentando o problema da forma mais adequada, ou suficientemente convincente. Em 2013, referindo-se a estudos sobre desigualdades sócio-espaciais no congresso Urban Dynamics and Health, Diez-Roux<sup>76</sup> questionou: *“Dá para mudar as pessoas ou as áreas de lugar por desígnio técnico? A epidemiologia tem documentado o que o senso comum já sabe! O que precisamos é pesquisa para a ação”*. E para ação, todos admitem que precisamos mais do que simples compartilhamento do conhecimento produzido na academia. Cada grupo de interesse (academia, tomadores de decisão, movimentos sociais) tem agendas específicas que precisam ser conciliadas num processo que é em geral demorado, mas que pode fazer a diferença entre haver ou não

intervenção subsequente. No mesmo congresso, Vaillant <sup>77</sup> relatou que para realizarem na França um estudo intersetorial de georeferenciamento de diagnósticos de câncer, as negociações entre os “stakeholders” demoraram três anos! E Bradshaw <sup>77</sup>, ex-deputada do Canadá, contou como movimentos sociais interessados em doença mental pressionaram politicamente e garantiram um financiamento elevado para o projeto “Housing first”, que avalia o que é melhor para a reabilitação de moradores de rua com doença mental: garantir primeiro a moradia ou os remédios?

Estes relatos mostram o quanto a academia precisaria mudar de foco. Teríamos que aprender a traduzir argumentos e ênfases entre diferentes subculturas, e desenvolver métricas e identificar e enfatizar valores que possam ser compartilhados pela comunidade e os tomadores de decisão política. Para tudo isto, precisamos mais interdisciplinaridade.

4) mesmo que se avance em todos estes quesitos, e que mais aproximação da Universidade com a questão da governança urbana possa qualificar algumas intervenções sociais, econômicas e ambientais e seu impacto sobre as condições de vida das populações locais, ainda há a questão dos determinantes globais e da própria complexidade envolvida no que queremos influir: as cidades <sup>34, 38</sup>. Mas nos parece que o reconhecimento destas dificuldades não deve servir de alibi para a inação. Temos que tentar entender nosso contexto e fazer as melhores escolhas dentro do que está ao alcance da nossa governabilidade hoje, e ao mesmo tempo buscar conhecer e apoiar iniciativas nacionais e internacionais que ampliem nossas opções no futuro <sup>49</sup>.

Chadwick, em seu tempo, investiu em convencer as elites econômicas, técnicas e políticas de que melhorar a saúde da população era uma questão econômica, de Estado, já que a doença colocava limites ao crescimento da Inglaterra. No Brasil este tipo de argumentação ainda gera muita resistência, tanto da elite, que gosta mais da alternativa de Villermé (“laissez-faire”) como da “esquerda”, que prefere a de Engels (revolução). Entendemos que esta é uma questão fundamental que precisa ser debatida no contexto da economia global. Mas precisamos entender que o processo político não é racional e que, para promover mudança, a habilidade de comunicação social é tão importante quanto a capacidade de produzir medidas e teorias causais. Os papéis e os escritos só andam sozinhos depois que os destinatários já estão convencidos ou estiverem ouvindo aquilo que querem ouvir.

Um dos autores deste artigo (Achutti), tem insistido em que a causa dos problemas sobre os quais pretendemos atuar não está onde os problemas estão, mas onde nós estamos, propondo



que ‘para resolvermos nossa atuação externa ou de extensão, temos que solucionar nossas questões internas ou de intenção’. Pochmann<sup>74</sup> também criticou a forma como a comunidade acadêmica tem tratado o tema das desigualdades no país. "O tema tem sido apresentado de forma muito descritiva e pouco de enfrentamento real e efetivo. Em que medida a discussão está ligada a intervenções efetivas, a políticas que possam de fato alterar a realidade como a conhecemos?" "As pesquisas não mudam a realidade. Quem muda a realidade é o homem. Agora, as pesquisas, as teorias mudam o homem. Se mudarem o homem, ele muda a realidade. Nada nos impede de fazer isso, a não ser o medo, o medo de ousar."<sup>74</sup>

Ou como tem dito Lewgoy (autora e coordenadora do Projeto Inter-Sossego), “precisamos nos desassossegar”!

## Referências

1. Millennium Development Goals and the post-2015 Development Agenda. United Nations Economic and Social Council. <http://www.un.org/en/ecosoc/about/mdg.shtml>, último acesso 13/11/2013.
2. Aires, aguas Y lugares. Extracto de Hipocrates. Em: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M (Org): El Desafio de la epidemiologia. Problemas y lecturas seleccionadas.. Publicacion cientifica 505. Organizacion Pan Americana de la Salud, 1988., p.18-19.
3. Cairnes J. Matters of life and death: perspectives on public health, molecular biology, cancer and the prospects for the human race. New Jersey: Princeton University Press; 1997.
4. Birn AE, 2009. Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Social Medicine* 4(3):166-182.
5. Azambuja MI, Achutti AA, Reis RA e cols, 2011. Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. *RBMFC* 6(19): 110-115. <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/151/311>, último acesso 13/11/2013.
6. Snow SJ, 2002. Commentary: Sutherland, Snow and water: the transmission of cholera in the nineteenth century. *Int J Epidemiol.* 31(5):908-11.
7. Mumford L, 1970. The culture of cities. Harcourt Brace Jovanovich, Inc., New York, NY. P. 171.
8. Miranda AC, Tambellini A, Benjamin C, Breilh J, Moreira JC. A transição para um desenvolvimento sustentável e a soberania humana: realidades e perspectivas na região das Américas. Em: Galvão LAC, Finkelmen J, Henao S (Org): Determinantes ambientais e sociais da saúde. OPAS. Ed. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, RJ, p. 17-31.
9. Tambellini Arouca A. Análise dos determinantes das condições de saúde na população brasileira. Em: Guimarães R (Org.): Saúde e Medicina no Brasil – contribuições para um debate. Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ, 1978, p147-154.

10. Leser W. Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil de São Paulo de 1950 a 1970. *Problemas Brasileiros* 10 (109): 17- , 1972, APUD Tambellini Arouca A. Análise dos determinantes das condições de saúde na população brasileira. Em: Guimarães R (Org.): Saúde e Medicina no Brasil – contribuições para um debate. Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ, 1978, p147-154.
11. Yunes J, Rosnchez VSC. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. *Rev Saude Publica* 1974, 8 (supl):3- , APUD Tambellini Arouca A. Análise dos determinantes das condições de saúde na população brasileira. Em: Guimarães R (Org.): Saúde e Medicina no Brasil – contribuições para um debate. Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ, 1978, p147-154.
12. Singer P. e cols. Pesquisa sobre a economia da saúde no Brasil. São Paulo, CEBRAP, 1977 (mimeo), APUD Tambellini Arouca A. Análise dos determinantes das condições de saúde na população brasileira. Em: Guimarães R (Org.): Saúde e Medicina no Brasil – contribuições para um debate. Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ, 1978, p147-154.
13. Tambellini Arouca, A. Acidentes de trabalho: o estudo de suas determinações sociais. Instituto de Medicina Social da UERJ, 1977 (mimeo). APUD Tambellini Arouca, A. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. Em: Reinaldo Guimarães (Org), Saúde e Medicina no Brasil, Contribuições para um Debate. Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ, 1978, p147-154.
14. Costa EA. A cross-sectional survey of blood pressure in Rio Grande do Sul, Brazil, with special reference to the role of salt. London, Academic Dissertation (mimeo). London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1981.
15. Achutti A, Medeiros AMB, 1985. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Bol de Saúde* 12: 6-54.
16. Victora CG, Vaughan P, Kirkwood BR, Martines JC, Barcelos, L, 1986. *Bull World Health Organ.* 64(2): 299–309.
17. Guimarães JJJ; Fichman A, 1986. Risco de morrer no primeiro ano de vida entre favelados e não favelados no município de Porto Alegre, RS (Brasil), em 1980. *Revista de Saúde Pública*, 20:219-226.
18. Barcelos T, Barros C, Oliveira N. Garcia V, Pastore L, Rabelo M. Segregação urbana e mortalidade em Porto Alegre. Fundação de Economia e Estatística (FEE), Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1986.
19. Campos GWS, 2005. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. Em: Lima NT, Gershman S, Edler FC e Suárez JM (Org), Saúde e Democracia. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, ed 2006, p. 121-150.
20. Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. “Epidemiologia e Desigualdades Sociais: os desafios do final do século”. ABRASCO, Rio de Janeiro, RJ, 1990.
21. Buss PM, Pellegrini Filho A, 2006. Iniquidades em Saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e o trabalho da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais. *Cadernos de Saude Publica* 22:2005-8. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000900033&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000900033&script=sci_arttext)
22. Krieger N, Chen JT, Ebel G, 1997. Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of US Health Departments. *Public Health Rep* 112:481-491.
23. Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS, 2000. Income inequality and mortality importance to health of individual income, psychosocial environment or maternal conditions. *BMJ* 320:1200-4.

24. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*; 322:1233-6.
25. Marmot M, 2005. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365: 1099–104. [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/en/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf](http://www.who.int/social_determinants/strategy/en/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf)
26. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. *Lancet* 372(9650):1661 -1669 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61690-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61690-6/abstract)
27. Commission on Social Determinants of Health, WHO, [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/)
28. Buss P. Apresentação à primeira reunião da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Brasília, 16 de Março de 2006. [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ppt\\_cndss\\_bz.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf)
29. World Conference on Social Determinants of Health, Oct 19-22, 2011 .Rio de Janeiro, Brazil <http://www.who.int/sdhconference/en/>
30. Sachs JD, 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
31. Portal ODM, Fiesp, SESI, SENAI <http://www.portalodm.com.br/>
32. Rede Brasil Voluntário <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>
33. Os objetivos do Milênio, Secretaria Geral da Presidência da República <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>
34. Anthony J. McMichael1, 2000. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 1117-1126.
35. History and timeline of WHO Kobe Centre , [http://www.who.int/kobe\\_centre/about/history/en/](http://www.who.int/kobe_centre/about/history/en/)
36. Corburn J, Cohen AK (2012) Why We Need Urban Health Equity Indicators: Integrating Science, Policy, and Community. *PLoS Med* 9(8): e1001285. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001285>
37. Rumel D, Sisson M, Patrício ZM, Moreno CRC, 2005. Healthy city: an approach towards the dissemination of information about health determinants. *Saúde e Sociedade* 14(3):134-143.
38. Rydin Y, Bleahu A, Davies M e cols, 2012. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet* 379 2079-2108, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428861/>
39. Sachs J, 2012. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *Lancet* 379(9832): 2206-2211. <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612606850.pdf?id=gaaapL5Z48xNOe2cPNaAu>
40. Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, UFRGS. [www.ufrgs.br/saudeurbana](http://www.ufrgs.br/saudeurbana)
41. Leeder S, Raymond S, Greenberg H; Liu H, 2004. A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies. The Earth Institute: Columbia University <http://www.eldis.org/go/display/?id=18750&type=Documen>

42. Azambuja MI, Foppa MF, Maranhão M, Achutti AC, 2008. Economic burden of severe cardiovascular diseases in Brazil: an estimate based on secondary data. *Arq Bras Cardiol.* 91(3):148-55, 163-71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18853056>
43. Azambuja MI, Bassanesi, SL, Aerts D, Flores R, Achutti AC. Social inequalities and cardiovascular diseases mortality: an ecologic study from Porto Alegre, RS. Brasil. In: XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva - Anais do XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
44. Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti AC, 2008. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. *Arq Bras Cardiol.* 90(6): 403-412. <http://www.arquivosonline.com.br/2008/9006/pdf/9006004.pdf>
45. Mota LMM, 2009. Internações hospitalares pelo Sistema único de Saúde (SUS) em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial. Tese de Mestrado em Epidemiologia. Orientador SL Bassanesi. [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/tese\\_distrib\\_espacial\\_1nter\\_hosp\\_poa.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/tese_distrib_espacial_1nter_hosp_poa.pdf)
46. Azambuja MI, Bassanesi SL, Achutti AA, 2009. A mortalidade por doenças respiratórias em Porto Alegre é maior em áreas da cidade com piores indicadores sociais. *Boletim de Saúde, Porto Alegre,* 23(1) 31-39. <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/img2/04%20A%20MORTALIDADE.pdf>
47. Acosta, L. M. W. ; Bassanesi, S. L. 2008 . O Mapa de Porto Alegre e a Tuberculose: Distribuição Espacial e Determinantes Sociais. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. *Revista Brasileira de Epidemiologia (supl).*
48. Bassanesi SL. Comunicação interna, 2009. Slide disponível em <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/900/Azambuja2012SaudeUrbanaABRASCO.pdf>
49. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, e cols, 2014. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet–University of Oslo Commission on Global Governance for Health.* *Lancet* 383 (9917): 630-617. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62407-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62407-1/fulltext)
50. Yach D, Bettchet D, 1998. The Globalization of Public Health, I: Threats and Opportunities *Am J Public Health* 88:735-38.
51. Guimarães R. (Org), 1978. *Saúde e Medicina no Brasil, Contribuições para um Debate.* Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ.
52. Fiori JL, Introdução. Em: Guimarães R. (Org), 1978. *Saúde e Medicina no Brasil, Contribuições para um Debate.* Ed. GRAAL: Rio de Janeiro, RJ, p 17-27.
53. Ferrie JE, 2013. Progress, public health and vested interests. *IJE* 42:1527-1536
54. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, e cols, 2013. Global health 2035: a world converging within a generation. 382: 1898-955. <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/report/global-health-2035.pdf>
55. Corburn J, 2013. Urban health equity in all policies: a new science for the city. *The Guardian Monday 18 March, 2013.* <http://www.theguardian.com/sustainable-business/urban-health-equity-policies-city>
56. Megumi Kano, Carme Borrell, Waleska Caiaffa, Frédéric Imbert, François-Paul Debionne, Bobbie Jacobson. Symposia "Urban health observatories: A possible solution to filling the gap in urban health intelligence. Conference "Urban Dynamics and Health, Sept 11th-13rd, 2013, Paris. <http://webtv.u-paris10.fr/videos/symposia-1-urban-health-observatories-a-possible-solution-to-filling-the-gap-in-urban-health-intelligence/>

57. Caiaffa WT, Friche AA, Dias MA, Meireles AL, Ignacio CF, Prasad A, Kano M, 2014. Developing a conceptual framework of urban health observatories toward integrating research and evidence into urban policy for health and health equity. *J Urban Health* 91:1-16, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23974945>
58. Proietti FA, Caiaffa W. (Eds), 2005. O que é Saúde Urbana? Fórum Cad Saúde Pública - Cad. Rio de Janeiro, 21(3):940-941. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n3/29.pdf>
59. Observa-Saúde São Paulo - <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Paginas/Default.aspx>
60. Observa-PoA Porto Alegre - <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php>
61. Azambuja MI, Achutti AA, Bassanesi SL, Rosa RS, 2012. Saúde Urbana, Metrôpoles, Desigualdades – Observatório das Metrôpoles [http://www.observatoriodasmetropoles.net/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=237:sa%C3%BAde-urbana&Itemid=165&lang=en](http://www.observatoriodasmetropoles.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=237:sa%C3%BAde-urbana&Itemid=165&lang=en)
62. Lewgoy ABM (coordenadora), Integralidade e Intersetorialidade. Trabalho multiprofissional numa micro-região da UBS HCPA/Santa Cecília. <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/600/projeto-intersossego>
63. Documento indutor da Saúde Urbana, FIOCRUZ, ABRASCO, 2011. <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/DocIndutorSaudeUrbana.pdf>
64. Azambuja MI, 2011 “Saúde Urbana e Medicina Social”. *Jornal Zero Hora*, 6/10/2011, p.3. <http://amicor.blogspot.com.br/2011/10/saude-urbana-e-medicina-social-por.htm>
65. Azambuja MI 2012, “Saúde Urbana e Desenvolvimento Social” em espaço do Observatório das Metrôpoles no *Jornal “O Globo”*, <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,observatorio-das-metropoles-saude-urbana-e-desenvolvimento,924314>
66. Azambuja MI. Participação em mesa-redonda Congresso ABRASCO 2012. <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/900/Azambuja2012SaudeUrbanaABRASCO.pdf>
67. Azambuja MI, Rosa RS, Achutti AA, Lewgoy. AMB, Teixeira P. 2014. MÉTRICAS PARA MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E DA EQUIDADE EM SAÚDE NO BAIRRO RESTINGA. Projeto UFRGS de extensão, num 25261/2014, <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/800>
68. Lewgoy AMB e cols. 2013. Encontro Intervilas: território e desigualdades sociais. <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/400/22>
69. Oficina UFRGS e Restinga: desenvolvimento e cidadania. 2014. <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/800/11>
70. Site do Programa Saúde Urbana com material publicado pelos Professores <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/900>
71. Lewgoy AMB, Azambuja MI, Kolling JH, et al. Educação e saúde: Interdisciplinaridade e Intersetorialidade na Comunidade Vila Sossego. Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa (1: 2014 abril). Anais. Coimbra, Portugal: GeoSaúde, 2014/ <http://www.ufrgs.br/saudeurbana/900/LewgoyEtAl2014EducacaoESaude.pdf>
72. Araujo JD, 1975. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de uma tema. *Rev Saúde Pública*, 9:515-28.
73. Krieger J and Higgins DL, 2002. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. *American Journal of Public Health* 92: 758-768. <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.92.5.758>

74. Poshman M, apud Pochmann RJ, UFPR 2011. Pobres que trabalham e estudam têm jornada superior à dos operários no século XIX . Disponível em: <http://arquivo.geledes.org.br/em-debate/colunistas/11215-pochmann-pobres-que-trabalham-e-estudam-tem-jornada-superior-a-dos-operarios-no-seculo-xix> , último acesso em 30/05/2014.
75. B. Jacobsen, Urban, Health Observatories: a possible solution to filling the gap in urban health intelligence. London Health Observatory, International Conference “Urban Dynamics and Health, Sept 11rd-13rd, 2013, Symposia 1(11rd 2013). <http://webtv.u-paris10.fr/channels/#dynamiques-urbaines-et-enjeux-sanitaires>
76. Diez-Roux A. Multidisciplinary cross-perspectives about urban health. International Conference “Urban Dynamics and Health, Sept 11rd-13rd, 2013, Conference 2(12rd 2013), Paris. <http://webtv.u-paris10.fr/videos/conference-2-multidisciplinary-cross-perspectives-about-urban-health/>
77. Laurent El Ghazi; Claudette Bradshaw; Claude Evin; Zoé Vaillant; Solange Ménival; Pierre Ritchie Round Table "Collaboration between researchers and decision-makers" International Conference “Urban Dynamics and Health, Sept 11rd-13rd, 2013, Paris, <http://webtv.u-paris10.fr/videos/round-table-2-collaboration-between-researchers-and-decision-makers/>