

## Ensaio e debates

### A SAÚDE NAS CIDADES: NOVA PERSPECTIVA, NOVOS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

### HEALTH IN CITIES: A NEW PERSPECTIVE, NEW CHALLENGES FOR VOCATIONAL TRAINING

### LA SALUD EN LAS CIUDADES: NUEVA PERSPECTIVA, NUEVOS DESAFÍAS PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Maria Inês Reinert Azambuja<sup>1</sup>

Roger dos Santos Rosa<sup>2</sup>

Aloyzio Cechella Achutti<sup>3</sup>

Alzira Maria Baptista Lewgoy<sup>4</sup>

Bruno Luis de Oliveira Martins<sup>5</sup>

Leonardo Thomaz Sauter<sup>6</sup>

#### Resumo

Este artigo revisa aspectos históricos relacionados aos temas ‘Saúde Urbana’ e ‘Saúde e Desenvolvimento’, dada a proposta de implementação, desde 2015, da agenda Global de Desenvolvimento Sustentável, e apresenta algumas reflexões sobre os desafios que vislumbramos para a formação de profissionais para a promoção da saúde nas cidades.

**Palavras-chave:** saúde urbana; cidades; formação profissional; ensino; indicadores de desenvolvimento sustentável.

#### Abstract

This article reviews historical aspects related to the themes ‘Urban Health’ and ‘Health and Development’, given the proposal for the implementation of the Global Sustainable Development

<sup>1</sup> Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-Coordenadora do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: azambuja.mi@gmail.com

<sup>2</sup> Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Coordenador do Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

<sup>3</sup> Professor aposentado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Membro da Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina. Integrante do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: achutti@gmail.com

<sup>4</sup> Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Integrante do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: alzira.lewgoy@ufrgs.br

<sup>5</sup> Acadêmico de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Bolsista de Extensão do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: brunooliveira.m@hotmail.com

<sup>6</sup> Acadêmico de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Bolsista de Extensão do Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. E-mail: sauterleonardo@ufrgs.br

Agenda since 2015, and presents some reflections on the challenges we are facing for the formation of professionals in health promotion in cities.

**Keywords:** urban health; cities; cities; professional training; teaching, sustainable development indicators.

### Resumen

Este artículo revisa aspectos históricos relacionados con los temas ‘Salud Urbana’ y ‘Salud y Desarrollo’, dada la propuesta de implementación, desde 2015, de la agenda global de desarrollo sostenible, y presenta algunas reflexiones sobre los desafíos que vislumbra para la formación de profesionales para la promoción de la salud en las ciudades.

**Palabras-clave:** salud urbana; ciudades; capacitación profesional; enseñanza; indicadores de desarrollo sostenible.

### Introdução

[...] during recent decades, public health practitioners have been co-opted by government into guiding service provision in increasingly bankrupt health systems. They have become the actuaries of efficiency, the accountants of decline. They have traded their critical perspective for collusion with a state whose coercive policies have abjured all notions of the right to health. [...] the science of public health has shrouded itself within the worm-eaten veneer of a medical model of disease that has long failed to meet the objectives of equity and justice (HORTON, 2017, p. 14).

A Agenda para o Desenvolvimento Após-2015, lançada em 2012 pelas Nações Unidas (UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL MILLENNIUM, 2013), 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. A agenda tem dois objetivos centrais: 1) completar a tarefa de atingir os Objetivos do Milênio (ODM) onde isto não aconteceu; e 2) promover o desenvolvimento sustentável. 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.

Uma das formas de avaliar a sustentabilidade do desenvolvimento econômico é tornar a produção de mais saúde um de seus objetivos.

Este artigo revisa aspectos históricos relacionados aos temas ‘Saúde Urbana’ e ‘Saúde e Desenvolvimento’ e a evolução das agendas econômicas atuais com impacto na área da Saúde Pública, conta um pouco da experiência responsável pela visão que delineamos neste artigo, e apresenta algumas reflexões sobre os desafios que vislumbramos para a formação de profissionais adequados à promoção de desenvolvimento e saúde nas cidades.

### 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 (BUCK et al., 1988).

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 (CAIRNS, 1997). 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 (AZAMBUJA et al., 2006; BIRN, 2009). Além das epidemias de cólera (SNOW, 2002), a tuberculose, a pneumonia e a influenza respondiam pela maior mortalidade entre os adultos (CAIRNS, 1997). 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 (MUMFORD, 1970).

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 (MUMFORD, 1970).

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 (AZAMBUJA et al., 2011). 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.

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 (MIRANDA et al., 2011) e, no Brasil, a recuperação econômica só mostrou mais sustentabilidade nos últimos 10 anos.

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 (TAMBELLINI-AROUCA, 1978), especialmente a mortalidade infantil (LESER, 1972; YUNES; ROSCNCHEZEL, 1974), a esperança de vida ao nascer (SINGER et al., 1977) e as taxas de acidentes de trabalho (TAMBELLINI-AROUCA, 1977). 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” (TAMBELLINI-AROUCA, 1978, p. 150).

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 (ACHUTTI; MEDEIROS, 1985; COSTA, 1981). Na década de 80, Victora et al. (1986) 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 (1986) 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 et al. (1986), 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.

Contudo, 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 autobiográfico publicado em 2005, Campos (2005, p. 122) menciona a perda do que ele chamou de *pathos* 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”. Segundo Campos (p. 141), 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 neoliberal que se inicia no Brasil com Collor de Mello (1992) - há um declínio do *pathos* original frente ao “poder avassalador deste novo modo de encarar a vida, um descompromisso radical com tudo que não seja interesse próprio, ...”.

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” (ABRASCO, 1990, p. 15). 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 reintrodução da preocupação com as desigualdades sociais na área da Saúde Pública brasileira ocorreu apenas em 2005-2006 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006), e a partir de debate iniciado fora (KRIEGER; CHEN; EBEL, 1997; LYNCH et al., 2000; MARMOT; WILKINSON, 2001), mas em seguida incorporado à agenda global (MARMOT, 2005; MARMOT et al., 2008). A criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS em 2005 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), liderada por Michael Marmot, estimulou a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde no Brasil em 2006 (BUSS, 2006), 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 (WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2011), 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). 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 (PORTAL ODM, 2014; ONU, 2000) como de governos (ODM BRASIL, 2000), 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 (CORBURN; COHEN, 2012; MCMICHAEL, 2000).

A agenda da Saúde Urbana ampliou a perspectiva da iniciativa anterior, canadense, das Cidades Saudáveis (RUMEL et al., 2005), 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 Colaborador da OMS sediado em Kobe, Japão, foi escolhido em 2005 como hub para a rede de conhecimentos sobre ambientes urbanos da Comissão de Determinantes Sociais da OMS). 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 (MCMICHAEL, 2000; RYDIN et al., 2012) 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 (RYDIN et al., 2012; UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL MILLENNIUM, 2013).

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

### Histórico

O Programa Saúde Urbana da UFRGS (AZAMBUJA et al., 2011; PROGRAMA SAÚDE URBANA, AMBIENTE E DESIGUALDADES, 2010) tem pelo menos duas raízes históricas: (i) 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 (ii) o que Gastão Campos chamou de *pathos* 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 (ACHUTTI; MEDEIROS, 1985, p. 122)’, aliado ao fato de alguns de nós (Azambuja e Rosa) estarmos em um Departamento denominado de ‘Medicina Social’, o que também tem significado histórico.

Em 2005, o professor Steve Leeder, que com outros lutava por incluir a prevenção das Doenças Cardiovasculares na Agenda Global - já que não havia sido contemplada pelos ODM -

contactou o professor Aloyzio Achutti para uma colaboração. Leeder et al. (2004) haviam acabado de publicar um livro influente globalmente, chamado *A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies* (LEEDER et al., 2004), 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 doenças cardiovasculares (DCV) em 4 países de renda média – Brasil, África do Sul, China e Índia. A tarefa foi aceita e o trabalho realizado (AZAMBUJA et al., 2008). Contudo, estando atentos à retomada da perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde no nível global (MARMOT, 2005), 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 *pathos* dos antigos sanitaristas se manifestando...). Mais: entendíamos que ambas as abordagens eram necessárias e deveriam ser integradas (AZAMBUJA et al., 2006; BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008).

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 três 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 (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008). Essa mesma linha de inquérito sociogeográfico resultou em outras publicações mostrando disparidades em hospitalizações (MOTA, 2009) e mortalidade (AZAMBUJA; BASSANESI; ACHUTTI, 2009) por doenças respiratórias, prevalência de tuberculose (ACOSTA; BASSANESI, 2008) e expectativa de vida média (BASSANESI, 2012) 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 (OTTERSEN et al.,

2014). Mas sem desconhecer isto, e nem que este novo campo da Saúde Urbana também esteja sendo impulsionado pela agenda econômica global (MCMICHAEL, 2000; RYDIN et al., 2012), 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 (2009), 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. Entretanto, como liberal e 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, em que 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 esse 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 (BIRN, 2009).

### **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, fôssemos 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) (OTTERSEN et al., 2014; YACH; BETTCHET, 1998). 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 et al. (2014) 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 dispunha de dados sobre o Produto Interno Bruto (PIB) em 2011, 124 apresentavam PIB menor do 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 contabilizava 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 (OTTERSEN et al., 2014).

Nada disto é novidade. Em artigo introdutório à publicação 'Saúde e Medicina no Brasil: contribuição a um debate', organizada por Guimarães (1978) - publicação que merece ser lida especialmente pelas novas gerações, Fiori (1978) 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 a 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 (FERRIE, 2013).

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 (JAMISON et al., 2013) ou mais infraestrutura e serviços em saneamento, transporte, habitação, educação (RYDIN et al., 2012). 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.

## Reflexões

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 (CORBURN, 2013) 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. Mas para isto acontecer, há questões que precisam ser enfrentadas.

1 - Embora no discurso haja um aparente consenso sobre a Saúde ser ao mesmo tempo precondição e resultado tanto do desenvolvimento social como do econômico (WHO, 1995; MCMICHAEL, 2000; OTTERSEN et al., 2014; RYDIN et al., 2012), 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 et al. (2014), 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 poderia nos ajudar em negociações sobre investimentos locais ou nos mercados globais? Essa discussão não é nova. Em 1975, Araújo publicou um artigo de revisão na Revista de Saúde Pública denominado ‘Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema’ (ARAÚJO, 1975), 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, conforme Araújo (1975) com base em diferentes autores, discutia-se internacionalmente entre outros aspectos 1) a necessidade de incluir a saúde nos planos de desenvolvimento; 2) a saúde como investimento e as dificuldades metodológicas para quantificar a sua rentabilidade; 3) o desenvolvimento social como fim e o econômico como meio, 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.

2 - 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. Na década de 80 tínhamos uma categoria profissional, a dos sanitaristas ou especialistas em saúde pública, formados em cursos de especialização após a graduação. Os sanitaristas provinham de diversas áreas: engenharias, profissões relacionadas à Saúde Humana, à Medicina Veterinária, Administração, etc. e atuavam basicamente na prevenção do adoecimento via saneamento, vigilância sanitária e vigilância

epidemiológica, mas limitados a fazê-lo de dentro do setor saúde, vinculados a Secretarias Estaduais ou ao Ministério da Saúde. Nos últimos 30 anos, os cursos de Saúde Pública sofreram um processo de estreitamento na formação, de forma a adequarem seus egressos às possibilidades de atuação no SUS (e leia-se aqui SUS cada vez mais como sinônimo de atenção básica). Talvez pudéssemos pensar em uma formação profissional que atualizasse a ideia dos especialistas em saúde pública formados na década de 80, mas agora como egressos de cursos de graduação, e com qualificação para trabalharem determinantes sociais da saúde como saneamento, habitação, educação, trabalho e renda como especialistas em “saúde urbana” em diversos setores da administração pública ou no setor privado. Faria parte do campo deste novo profissional, por exemplo, trabalhar na eliminação da sub-habitação como determinante de má saúde associada que é a infecções respiratórias, asma, diarreia, acidentes e doença mental (KRIEGER; HIGGINS, 2002), assim como assessorar e acompanhar projetos de saneamento, transporte e desenvolvimento urbano econômico, social e ambiental, utilizando indicadores de saúde na mensuração da efetividade das ações. Além da capacidade de trabalhar com indicadores, a formação deveria contemplar fortemente a comunicação social e a valorização da participação da comunidade, pois boa parte do esforço para a ação é o de compreender o problema em suas diversas dimensões, buscar recursos e negociar soluções.

3 - Para a formação de profissionais capazes de incorporar ganhos em saúde como um dos produtos de projetos de infraestrutura e desenvolvimento sustentável, seria necessário estimular a interdisciplinaridade e engajar professores que hoje ministram disciplinas em diferentes departamentos e unidades da Universidade (de áreas da engenharia, saúde pública, economia, ciências sociais e comunicação, por exemplo). Podemos imaginar a dificuldade quando sabemos que, hoje, a valorização acadêmica é medida pela produtividade na publicação de artigos científicos em revistas internacionais, que para ser alta requer especialização. A colaboração transversal proposta acima é o contrário disto: requer tempo para a troca de conhecimentos e a construção de consensos.

4 - Produzir e transmitir conhecimento não basta. Uma preocupação crescente dos formuladores políticos e dos acadêmicos no mundo todo tem sido a de que as mensurações de desigualdades sociais e de saúde pouco se traduzem em iniciativas de transformações efetivas da realidade (POCHMANN, 2011 *apud* GELEDES, 2011). 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 socioespaciais no congresso *Urban Dynamics and Health* (JACOBSEN, 2013), Diez-Roux (2013) 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 (2013) 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 (2013), 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, inclusive atualizando suas metodologias de ensino. Uma possibilidade seria a criação de ambientes que favorecessem o uso da aprendizagem baseada em problemas (*Problem-Based Learning- PBL*) e que fossem capazes de demonstrar que as soluções dependem, além de questões eminentemente técnicas, de outras dimensões (econômicas, sociais, políticas) do mundo real.

5 - O quinto desafio seria a necessidade de investimento da Universidade na formação de agentes de comunicação social habilitados a contribuir no debate público sobre saúde e desenvolvimento. 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). O processo político não é racional. 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.

Concluindo, como Universidade, não é suficiente formarmos técnicos. Os alunos precisam entender os determinantes econômicos globais das escolhas nacionais e locais, acompanhar as tendências globais de desenvolvimento tecnológico e considerar seus potenciais impactos nos diferentes grupos sociais e pensar estrategicamente sobre como aliar conhecimentos mais gerais (políticos, econômicos, sociais) com habilidades de comunicação e conhecimentos técnicos específicos, de forma a contribuir para que a redução de desigualdades sociais e de saúde nas cidades se torne um requisito de qualquer projeto de desenvolvimento urbano sustentável (MCMICHAEL, 2000; RYDIN et al., 2012) e que escolhas atuais informadas possam ampliar as nossas opções no futuro (OTTERSEN et al., 2014).

## Referências

- ABRASCO. “Epidemiologia e Desigualdades Sociais: Os desafios do final do século”. **Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.
- ACHUTTI, A.; MEDEIROS, A. M. B. Hipertensão Arterial no Rio Grande do Sul. **Bol. de Saúde**, Porto Alegre, v. 12, p. 6-54, 1985.
- ACOSTA, L. M. W.; BASSANESSI, S. L. O paradoxo de Porto Alegre: os determinantes sociais e a incidência da tuberculose. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, Supl. 2, p. 88-101, 2014.
- ARAUJO, J. D. Saúde e Desenvolvimento Econômico: Atualização de um Tema. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, p. 515-28, 1975.
- AZAMBUJA M. I. et al. 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...** Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
- AZAMBUJA, M.I. et al. Economic burden of severe cardiovascular diseases in Brazil: an estimate based on secondary data. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 148-155, p. 163-171, 2008.
- AZAMBUJA, M.I. et al. Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 110-115, 2011.
- AZAMBUJA, M. I.; BASSANESI S. L.; ACHUTTI, A. C. A Mortalidade por Doenças Respiratórias em Porto Alegre é Maior em Áreas da Cidade com Piores Indicadores Sociais. **Bol. de Saúde**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 31-39, 2009.
- BARCELOS, T. et al. Segregação Urbana e Mortalidade em Porto Alegre. **Fundação de Economia e Estatística (FEE)**, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1986.
- BASSANESI, S. L. **Raízes da (re)-Emergência do Tema a Nível Global**, 2012. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/saudeurbana/wp-content/uploads/2018/06/Azambuja2012SaudeUrbanaABRASCO.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.
- BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA M. I.; ACHUTTI A. C. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.
- BIRN, A. E. Making it politic(al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **Social Medicine**, New York, v. 4, no. 3, p. 166-182, 2009.
- BUCK, C. et al. Aires, Aguas y Lugares. Extracto de Hipocrates. In: **El desafio de la epidemiologia. Problemas y lecturas seleccionadas**. Publicacion Cientifica 505. Organizacion PanAmericana de la Salud, p. 18-19, 1988.
- BUSS, P. **Apresentação à Primeira Reunião da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS)**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ppt\\_cndss\\_bz.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2018.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. 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 Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

CAIRNS, 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, v. 3, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 121-150.

CORBURN, J.; COHEN, A. K. Why we need urban health equity indicators: integrating science, policy, and community. **PLoS medicine**, San Francisco, v. 9, no. 8, e1001285, 2012.

CORBURN, J. Urban health equity in all policies: a new science for the city. **The Guardian**, United Kingdom, 18 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.theguardian.com/sustainable-business/urban-health-equity-policies-city>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

COSTA, E. A. **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.

DIEZ-ROUX, A. **Multidisciplinary Cross-Perspectives About Urban Health**. International Conference Urban Dynamics and Health, Paris, 2013. Disponível em: <<http://webtv.u-paris10.fr/videos/conference-2-multidisciplinary-cross-perspectives-about-urban-health/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FERRIE, J. E. Progress, Public Health and Vested Interests. **International journal of epidemiology**, London, v. 42, p. 1527-1536, 2013.

FIORI, J. L. Introdução. In GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FISCHMANN, A.; GUIMARÃES, J. J. L. 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**, São Paulo, v. 20, p. 219-226, 1986.

GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HORTON, R. Offline: Racism – the pathology we choose to ignore. **The Lancet**, London, v. 390, p. 14, 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31746-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31746-4.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

JACOBSEN, B. Urban health observatories: a possible solution to filling the gap in urban health intelligence. International Conference “Urban Dynamics and Health, issues and challenges”. **London Health Observatory**, London, 2013. Disponível em: <<http://webtv.u-paris10.fr/channels/#dynamiques-urbaines-et-enjeux-sanitaires>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

JAMISON, D. T. et al. **Global Health 2035**: A World Converging Within a Generation, v. 382, p. 1898-955, 2013. Disponível em: <<http://globalhealth2035.org/sites/default/files/report/global-health-2035.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

KRIEGER, J.; HIGGINS, D. L. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 92, p. 758-768, 2002.

KRIEGER, N.; CHEN, J. T.; EBEL, G. Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of US Health Departments. **Public Health Reports**, Boston, v. 112, p. 481-491, 1997.

LEEDER, S. et al. A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies. **The Earth Institute**: Columbia University, 2004. Disponível em:

<[http://earth.columbia.edu/news/2004/images/raceagainsttime\\_FINAL\\_051104.pdf](http://earth.columbia.edu/news/2004/images/raceagainsttime_FINAL_051104.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

LESER, W. Relacionamento de Certas Características Populacionais com a Mortalidade Infantil de São Paulo de 1950 a 1970. **Problemas Brasileiros**, São Paulo, v. 10, n. 109, p. 17, 1972 *apud* TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos determinantes das condições de saúde na população brasileira. In: GUIMARÃES, R (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

LYNCH, J. W. et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or maternal conditions. **BMJ**, London, v. 320, p. 1200-1204, 2000.

MARMOT, M. Social Determinants of health inequalities. **Lancet**, London, v. 365, p. 1099–1104, 2005.

MARMOT, M. et al. 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**, London, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. **BMJ**, London, v. 322, p. 1233-1236, 2001.

MCMICHAEL, A. J. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 78, no. 9, p. 1117-1126, 2000.

MIRANDA, A. C. et al. Transição para um desenvolvimento sustentável e a soberania humana: realidades e perspectivas na região das américas. In: GALVÃO, L. A. C.; FINKELMEN, J.; HENAO, S. (Org.). **Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Rio de Janeiro, 2011. p. 17-31.

MOTA, L. M. M. **Internações Hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial**. UFRGS: Porto Alegre. 2009. 64 páginas. Tese de Mestrado em Epidemiologia – Universidade federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/tese\\_distrib\\_espacial\\_inter\\_hosp\\_poa.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/tese_distrib_espacial_inter_hosp_poa.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MUMFORD, L. The Culture of Cities. **Harcourt Brace Jovanovich**, Inc. New York, NY, 1970. p. 171.

ODM BRASIL. 2000. **Os objetivos do milênio**. Secretaria Geral da Presidência da República. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 20 out. 2017.

OTTERSEN, O. P. et al. The Political Origins of Health Inequity: Prospects for Change. The Lancet–University of Oslo Commission on Global Governance for Health. **Lancet**, London, v. 383, no. 9917, p. 630-617, 2014.

PORTAL ODM. **Fiesp, SESI, SENAI**. 2014. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

POCHMANN, M. **Palestra na Universidade Federal do Paraná**, 2011 *apud* GELEDES – Instituto da Mulher Negra. Pochmann: Pobres que trabalham e estudam têm jornada superior à dos operários no século XIX. 03 out. 2011. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/pochmann-pobres-que-trabalham-e-estudam-tem-jornada-superior-a-dos-operarios-no-seculo-xix/>>. Acesso em: 31 jul. 2018.



PROGRAMA SAÚDE URBANA, AMBIENTE E DESIGUALDADES, UFRGS. 2010. Disponível em: <[www.ufrgs.br/saudeurbana](http://www.ufrgs.br/saudeurbana)>. Acesso em: 20 out. 2017.

RUMEL, D. et al. Healthy city: an approach towards the dissemination of information about health determinants. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 134-143, 2005.

RYDIN, Y. et al. Shaping Cities for Health: Complexity and the Planning of Urban Environments in the 21st Century. **Lancet**, London, v. 379, p. 2079-2108, 2012.

SACHS, J. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. **Lancet**, London, v. 379, no. 9832, p. 2206-2211, 2012.

SACHS, J. D. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, 2001. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SINGER, P. et al. Pesquisa Sobre a Economia da Saúde no Brasil. São Paulo, **CEBRAP**, (mimeo), 1977 *apud* TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos Determinantes das Condições de Saúde na População Brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

SNOW, S. J. Commentary: Sutherland, Snow and Water: The Transmission of Cholera in the Nineteenth Century. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 31, no. 5, p. 908-911, 2002.

TAMBELLINI-AROUCA, A. **Acidentes de Trabalho: O Estudo de suas Determinações Sociais**. Instituto de Medicina Social da UERJ (mimeo), 1977 *apud* TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos Determinantes das Condições de Saúde na População Brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.

UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL MILLENNIUM. **Development Goals and the post-2015 Development Agenda**. Disponível em: <<http://www.un.org/en/ecosoc/about/mdg.shtml>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

VICTORA, C. G. et al. **Bull World Health Organ**, Geneve, v. 64, no. 2, p. 299-309, 1986.

WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **The Rio Political Declaration on Social Determinants of Health**. Rio de Janeiro, Brazil, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/sdhconference/en/>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Centre for Health Development. **History and timeline of WHO Kobe Centre**, 1995. Disponível em: <[http://www.who.int/kobe\\_centre/about/history/en/](http://www.who.int/kobe_centre/about/history/en/)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008**, 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

YACH, D.; BETTCHET, D. The globalization of public health. In: Threats and Opportunities. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 88, p. 735-738, 1998.

YUNES, J.; ROSNCHEZEL, V. S. C. Evolução da Mortalidade Geral, Infantil e Proporcional no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, 1974 *apud* TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos Determinantes das Condições de Saúde na População Brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 147-154.