

A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis

The 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals (SDGs) as a strategy for health equity and sustainable and healthy territories

Ana Luisa Jorge Martins¹, Wanessa Debôrtoli Miranda^{1,2}, Fabrício Silveira¹, Rômulo Paes-Sousa¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18828P

RESUMO A partir do exercício narrativo, este artigo examina o conceito de desigualdades em saúde, sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e os desafios da operacionalização do princípio da Agenda 2030 de ‘Não deixar ninguém para trás’ (*Leaving No One Behind* – LNOB). Também são destacadas as implicações desses debates para a implementação dos ODS, direcionadas para grupos populacionais vulnerabilizados em territorialidades locais e sua efetiva participação nesse processo. Por fim, apresenta a Atenção Primária à Saúde, dentro do contexto brasileiro, enquanto estratégia de atenção integral à saúde que se concentra na prevenção, na promoção e na reabilitação dos usuários, podendo contribuir para a abordagem local do LNOB e para a criação de territórios sustentáveis e saudáveis. Já se está na metade do período acertado para o prazo final da agenda, e os desafios são muitos. É necessário urgência em sua implementação, o que exige planejamento nacional, investimento na capacidade do setor público e infraestrutura digital, capacitação dos governos locais e melhorias no monitoramento e revisão dos ODS. Inclui, ainda, a importância de enfrentar os desafios emergentes e preencher as lacunas existentes na arquitetura internacional relacionada com os ODS desde 2015.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento sustentável. Iniquidades em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Based on the narrative exercise, this article examines the concept of health inequalities, its relationship with the Sustainable Development Goals (SDGs) and challenges in operationalizing the 2030 Agenda principle of ‘Leaving No One Behind’ (LNOB). The implications of these debates for the implementation of the SDGs aimed at vulnerable population groups in local territories and their effective participation in this process are also highlighted. Finally, it presents Primary Health Care, in the Brazilian context, as a fundamental health care strategy that focuses on prevention, promotion and rehabilitation of users, and can contribute to the local LNOB approach and the creation of sustainable and healthy territories. We are halfway through the scheduled deadline for the agenda, and the challenges are many. Urgency is needed in its implementation, which requires national planning, investment in public sector capacity and digital infrastructure, capacity building of local governments and improvements in monitoring and reviewing the SDGs. It also includes the importance of facing emerging challenges and filling existing gaps in the international architecture related to the SDGs since 2015.

KEYWORDS Sustainable development. Health inequities. Primary Health Care.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou (IRR - Fiocruz Minas) – Belo Horizonte (BH), Brasil.
ana.martins@fiocruz.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (BH), Brasil.



Introdução

A multidimensionalidade do processo de desenvolvimento e o combate às desigualdades são eixos centrais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. O plano de ação adotado em 2015 pelos 193 Estados-Membros das Nações Unidas estabeleceu um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem alcançados até o ano de 2030. No centro da Agenda, para além da integralidade dos objetivos, está o princípio transformador central de ‘Não deixar ninguém para trás’ (*Leaving No One Behind* – LNOB). O LNOB enfatiza a necessidade de garantir que todas as pessoas se beneficiem do desenvolvimento, independentemente da sua residência, renda, gênero, etnia, entre outros fatores^{1,2}.

Estratégias para o desenvolvimento local sustentável e saudável podem tornar mais eficaz a implementação da abordagem LNOB. Uma comunidade sustentável e saudável é aquela que atende às necessidades de seus habitantes dentro do contexto ambiental e socialmente sustentável. Dessa forma, a implementação da Agenda 2030 exige a sua adoção em todos os níveis governamentais, bem como a identificação de indicadores para o monitoramento local. Isso significa que os ODS precisam ser traduzidos localmente em objetivos e metas concretas e relevantes³.

Este documento crítico-reflexivo se propõe a discutir como a abordagem LNOB pode fundamentar o enfrentamento das desigualdades globais de saúde, trazendo a Atenção Primária à Saúde (APS), dentro do contexto brasileiro, enquanto estratégia de atenção integral à saúde que se concentra na prevenção, na promoção e na reabilitação dos usuários, baseando-se nos princípios de equidade, acesso e participação da comunidade na sua execução.

Desigualdades em saúde e o princípio de ‘Não deixar ninguém para trás’

A noção de que a saúde e, por consequência, a doença se produzem e se distribuem de forma desigual nas populações é denominada de ‘desigualdades em saúde’. Estas são, muitas vezes, potencializadas por desigualdades econômicas, sociais e ambientais, produzindo diferentes efeitos na saúde dos usuários, a depender das oportunidades e barreiras impostas em seu contexto socioeconômico e ambiental, e afetam as condições dispostas pela sua ocupação e posição na sociedade⁴⁻⁶.

Isso significa que as várias desigualdades que os indivíduos enfrentam em suas vidas diárias colocam alguns grupos em desvantagem situacional no que diz respeito à sua capacidade de se manter e permanecer saudáveis. Portanto, a desigualdade pode definir fundamentalmente a relação de um indivíduo com a sua saúde, baseada no seu poder de acesso e na sua propriedade de bens, serviços e riquezas. Como resultado, o ‘acúmulo de desigualdades’ resulta em grupos com maior vulnerabilidade social. Em outras palavras, as desigualdades em saúde convertem-se em diferenças sistemáticas e evitáveis nos resultados de saúde entre diferentes populações ou grupos. As desigualdades na saúde incluem diferenças no estado de saúde, no acesso à assistência médica e nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Elas são influenciadas por vários fatores, como *status* socioeconômico, educação, gênero, raça, etnia e localização geográfica^{4,5}.

Além disso, as desigualdades em saúde não estão restritas a contextos locais, elas também são influenciadas por interdependências transnacionais e globais. As investigações sobre desigualdades em saúde estão ampliando o escopo de estudo, considerando percepções, valores, elites, gerações, espaço urbano, política econômica e desenvolvimento, além dos

efeitos e das consequências das desigualdades em termos de criminalidade, violência e confiança interpessoal⁶⁻⁸.

As discussões sobre a implementação de políticas públicas que abordem desigualdades em saúde para populações mais vulneráveis giram em torno da necessidade de intervenções direcionadas que versem sobre os DSS e eliminem as barreiras estruturais ao acesso aos serviços de saúde. Algumas das abordagens mais defendidas para tratar efetivamente das desigualdades em saúde são as ferramentas de avaliação da equidade em saúde, as tomadas de decisão participativa e a colaboração multisectorial⁹. No entanto, a investigação dos DSS em contextos complexos seria demasiadamente simplificada se analisada exclusivamente por meio de representação estreita da vulnerabilidade social capturada por apenas uma dimensão social, assim como associada a um único indicador de saúde^{4,5}.

A Agenda 2030 se apresenta em meio a esse desafio como uma proposta inovadora e ambiciosa de solução para as contradições do desenvolvimento. O acordo se tornou um marco histórico por sua escala e abrangência, refletindo a expansão do consenso político internacional no conjunto de temas relacionados com o desenvolvimento, mesmo que apenas momentaneamente ou simbolicamente. Além disso, a nova Agenda global adquiriu uma relevância política nunca vista no cenário internacional, sendo incorporada pelos mecanismos institucionais da maioria dos Estados-Membros, diferentemente de outras tentativas de agendas compartilhadas^{10,11}.

Entre as novidades trazidas pela Agenda 2030, destacam-se a visão holística do processo de desenvolvimento e o seu enfoque no combate às desigualdades. De fato, ao propor 17 objetivos integrados e indivisíveis, a Agenda 2030 agrega características inéditas aos acordos globais para o desenvolvimento. Essa nova visão implica enxergar e lidar com os diferentes objetivos traçados como partes interligadas que buscam o equilíbrio das dimensões econômica, social e ambiental,

considerados os pilares do desenvolvimento sustentável¹¹. Na outra ponta, a definição do princípio transformador de ‘Não deixar ninguém para trás’ orienta uma busca assertiva pelas fontes de desigualdades que se expressam desde o ponto de vista global até o local, passando por todos os segmentos da sociedade.

A Agenda definiu que os ‘deixados para trás’ – isto é, grupos mais vulneráveis e historicamente excluídos – devem ser priorizados pelas ações de implementação dos ODS nos âmbitos local, nacional e global. Entretanto, vários críticos apontam para os problemas conceituais e empíricos desse princípio, em especial, devido ao vocabulário vago utilizado, que não oferece uma definição oficial de quais grupos ou populações foram deixados para trás. Ainda que proposital – certamente, a falta de uma definição visava delegar aos Estados-Membros a responsabilidade de delimitação de quem seria considerado como ‘deixado para trás’ durante a implementação nacional –, a imprecisão sobre os grupos prioritários tem fortalecido disputas sobre quem deveria ser incluído pelo princípio¹².

Assim, o primeiro passo para a implementação de políticas públicas vinculadas é compreender quem está sendo deixado para trás e o porquê desse fenômeno para, posteriormente, definir métricas de avaliação e monitoramento. Para isso, existem cinco fatores que necessitam ser analisados para a compreensão desses grupos: discriminação, geografia, governança, *status* socioeconômico e choques e fragilidades¹³.

Uma possível taxonomia para identificar aqueles mais atrás se baseia na contagem do número e/ou extensão das privações, como medidas de pobreza multidimensional. Outra taxonomia examina as principais dimensões das desvantagens, distinguindo entre rejeição total (estigmatização, desemprego) e inclusão prejudicial (empregos precários, múltiplas restrições). Uma terceira taxonomia envolve os mecanismos pelos quais as pessoas se encontram em uma posição desfavorável, como herança social, má sorte, violência ou vítimas

de reformas políticas. Dessa forma, essas taxonomias podem ajudar a identificar grupos específicos e adaptar políticas e instrumentos adequados para atender às necessidades de cada categoria¹⁴.

Também é importante distinguir entre a desigualdade vertical (entre indivíduos) e a desigualdade horizontal (entre grupos), sendo esta última de particular preocupação devido à discriminação perniciosa que afeta grupos desfavorecidos. Ainda assim, há evidências de que a desigualdade horizontal é uma fonte de conflito e tensão social em muitas sociedades¹⁴.

A preocupação da Agenda 2030 em priorizar os grupos que estariam no ‘fim da fila’ da distribuição de renda, bens, direitos e oportunidades acaba não questionando os motivos de esses indivíduos se encontrarem naquela posição. Em outras palavras, a Agenda 2030 não discute a existência da própria pirâmide social nem direciona seus esforços para enfrentar as fontes que perpetuam tais desigualdades. Dessa forma, nota-se que, apesar de se nomear como uma Agenda transformadora, ela não se dispõe a abordar a discriminação institucionalizada^{12,14,15}.

Parte desse comportamento político ocorre devido ao caráter de disputa política da agenda internacional e falta de consenso em relação a uma série de questões compartilhadas pelos países e pelas populações signatárias do acordo. A título de exemplo, apesar da definição de indicadores ser considerada tradicionalmente como uma questão técnica, a sua discussão nos ODS foi permeada por disputas políticas entre as várias partes interessadas, incluindo as organizações internacionais, o setor privado e a sociedade civil¹⁵. Posteriormente, decidiu-se pela criação de um novo mecanismo institucional de autoridade estatística oficial para a Agenda, denominado Grupo Interagencial e de Peritos sobre os Indicadores dos ODS (Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators – IAEG-SDGs), um grupo seletivo de peritos estatísticos representantes de Estados-Membros e de agências regionais e internacionais como observadores¹⁵⁻¹⁷.

A construção dos indicadores dos ODS surgiu em meio à expectativa de que eles fossem um instrumento para garantir que as metas propostas fossem compartilhadas, tornassem-se consequenciais e implementadas, dando-lhes um papel central e político dentro da estrutura de governança da Agenda 2030¹⁸. No entanto, o IAEG-SDGs não conseguiu acomodar a ambição inovadora da Agenda 2030 em sua dimensão quantitativa de definição dos indicadores. Ademais, a dinâmica do grupo acabou sendo orientada tanto pelas considerações tecnocráticas quanto pelas financeiras, relacionadas com os custos de adaptação das capacidades estatísticas nacionais para desenvolver as métricas definidas¹⁵.

No entanto, a principal questão deixada em aberto para as políticas direcionadas aos ‘deixados para trás’ foi que não foram conceituadas, tampouco operacionalizadas, as propriedades de interdependência entre os ODS e o seu princípio norteador. Além disso, o resultado da definição oficial das métricas fez com que muitos indicadores refletissem apenas parcialmente as metas oficiais, sem agregar os componentes mais qualitativos das metas^{15,19,20}. A complexidade do debate metodológico também perpassou pela disputa entre o campo da estatística e o campo da ciência de dados, assim como pelas disputas pragmáticas de operacionalização, que incluíram a discussão entre dados regulados por estatísticas governamentais *versus* ‘dados abertos’, e a tensão existente entre as estatísticas oficiais com as estatísticas produzidas pela sociedade civil¹⁵.

A literatura aponta caminhos para a superação dessas questões. Assim, é destacada a importância de medir, analisar e monitorar as desigualdades em saúde de forma institucionalizada, com base nos determinantes da saúde e no paradigma ecoepidemiológico. A equidade deve ser valorizada como um princípio orientador da ação política em saúde, a fim de garantir o compromisso de não deixar ninguém para trás no desenvolvimento sustentável e na busca pela saúde universal. Esse monitoramento institucionalizado requer a

criação de capacidades nacionais efetivas para agir sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, garantir responsabilidade no compromisso de ‘não deixar ninguém para trás’ no caminho do desenvolvimento sustentável, saúde universal e justiça social. Para isso, é necessário desenvolver habilidades profissionais e capacidades institucionais para avaliar e analisar as desigualdades em saúde, incorporar o monitoramento dessas desigualdades como uma função essencial da saúde pública e promover políticas pró-equidade, incluindo uma alocação de recursos que promova a justiça social²¹.

Ainda assim, para a operacionalização do princípio LNOB ser um importante direcionador de enfoque da implementação dos ODS para populações mais vulneráveis, existem alguns passos que necessitam ser implementados para que a Agenda 2030 e o seu princípio consigam ser operacionalizados em políticas ou intervenções que abordem as desigualdades em saúde em suas devidas proporções:

1. Reconhecer os efeitos das três dimensões interdependentes do desenvolvimento sustentável (social, econômico e ambiental) inseridas nos contextos multidimensionais dos grupos deixados para trás, assim como compreender as sinergias e *trade-offs* entre as metas dos ODS para esses grupos^{1,14}.
2. Compreender a inserção das desigualdades em saúde nos sistemas sociais, econômicos e ambientais para, posteriormente, planejar e implementar abordagens multissetoriais transformadoras que produzam efeitos para além do setor de saúde^{21,22}.
3. Desenvolver capacidades de monitoramento e avaliação de políticas públicas, assim como identificar e monitorar as diferentes estratificações populacionais^{14,23}.
4. Produzir metas e indicadores locais específicos para cada contexto, com dados estratificados para medir e monitorar

adequadamente as desigualdades em saúde e os grupos mais vulneráveis^{9,21}.

5. Garantir mobilização política, alocação de recursos e sistemas de governança eficazes para assegurar que os vulneráveis sejam alcançados^{22,23}.

6. Desenvolver políticas públicas direcionadas para a promoção da equidade em saúde, que reconheça as diferenças e as vulnerabilidades populacionais e territoriais, assim como os determinantes de saúde^{9,24}.

Operacionalização da Agenda: delimitando o espaço da saúde nos ODS

Abordar as iniquidades em saúde, que implica as diferenças em saúde consideradas injustas ou eticamente problemáticas, perpassa a identificação das desigualdades em saúde, que significam as diferenças na saúde entre subgrupos populacionais. Essa identificação ocorre por meio do monitoramento das desigualdades em saúde para fornecer *insights* para políticas, programas e práticas consistentes com a natureza transversal dos ODS²⁵.

Os mecanismos institucionais da agenda definiram a importância dos indicadores nesse processo não só como o principal sistema de mensuração da implementação, mas também como um elemento-chave para o sucesso da governança da própria agenda globalmente¹⁸. Contudo, a mensuração dos indicadores da Agenda 2030 se situa na interface entre a ciência e a política, representando uma alta alavancagem política dos fenômenos medidos e se inserindo como elementos influentes dos sistemas complexos de políticas públicas. Isso influencia diretamente no desafio da criação de avaliações e medidas integrativas orientadas para um mesmo sistema de monitoramento e avaliação da implementação, de forma que se considere como a formulação de indicadores

e a utilização de dados interagem com as políticas de transformação dos ODS¹⁸.

A simultaneidade da caracterização holística e da indefinição oficial traz o desafio operacional de trabalhar com um tema específico dentro da Agenda 2030 ao considerarmos que é preciso também trabalhar conjuntamente com uma gama de tópicos interdependentes a ele. Para abordar a saúde dentro desta agenda, é necessário olhar para além dos indicadores contidos no ODS 3, que é exclusivo da saúde, e definir quais indicadores de outros ODS podem ser correlatos à saúde e ao bem-estar da população. A escolha metodológica dessa seleção de indicadores relacionados com a saúde, para além do ODS 3, é um ponto-chave no desenvolvimento de pesquisas, intervenções e políticas públicas, pois interfere diretamente no monitoramento e na sua avaliação. É preciso zelar pela abordagem holística da saúde pregada pela Agenda 2030 ao mesmo tempo que reconhecemos o desafio operacional de trabalhar conjuntamente com uma gama de tópicos correlacionados à saúde.

Também não há um consenso na literatura sobre como essa definição de interdependência entre os indicadores ODS deve ser feita. Todavia, grande parte da literatura voltada para a operacionalização dessa agenda aponta que, independentemente dos métodos utilizados para a sua definição, essa interdependência é dada como existente entre indicadores de diferentes ODS nos casos em que a performance de um indicador de um ODS afetará

diretamente a performance de um indicador de outro ODS. Nesses casos, a terminologia mais utilizada é que eles são diretamente ‘relacionados’²⁶⁻²⁹. Em outras palavras, quando denominamos ‘indicadores relacionados à saúde’, estamos discriminando os indicadores que afetam diretamente a performance de indicadores de saúde.

Há um grande debate tanto na literatura acadêmica quanto entre instituições internacionais vinculadas à saúde sobre quais outros temas são diretamente ‘relacionados à saúde’^{26,30-32} e, conseqüentemente, também não há um consenso sobre quais seriam os indicadores relativos à saúde na Agenda 2030^{26,33-35}.

A fim de permitir a operacionalização setorial da Agenda 2030 pela saúde, Silveira et al.³⁵ propuseram um recorte que abrange 60 indicadores entre os 232 indicadores oficiais dos ODS. Tal recorte metodológico define uma variedade de tópicos relativos à saúde que se traduzem em 60 indicadores ODS relacionados com a saúde, a partir dos parâmetros definidos por instituições internacionais que já produzem esses indicadores no monitoramento da saúde global³⁵.

O *quadro 1* ilustra os indicadores relacionados com a saúde de acordo com seus grupos temáticos – sendo tais indicadores identificados pela sua numeração global oficial –, a situação atual do País e a meta oficial nacional para 2030, definida pela Comissão Nacional para os ODS (CNODS) em 2018.

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

| Grupo temático | Indicadores | Situação atual ¹ | Meta nacional ² |
|-----------------------------|-------------|---|----------------------------|
| Saúde reprodutiva e materna | 3.1.1 | Taxa de mortalidade materna | 60.00 < 30 |
| | 3.1.2 | Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%) | 99.10 - 4 |
| | 3.7.1 | Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos (% de mulheres de 15-49 anos) | 89.00 100 ³ |
| | 3.7.2 | Taxa de natalidade de adolescentes (por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos) | 49.10 - 4 |

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

| Grupo temático | Indicadores | Situação atual ¹ | Meta nacional ² |
|------------------------------------|-------------|--|--------------------------------------|
| | 3.7.2 | Taxa de natalidade de adolescentes (por 1.000 mulheres de 10 a 14 anos) | 2.60 - ⁴ |
| | 5.6.1 | Proporção de mulheres que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva (% de mulheres de 15 a 49 anos) | 55.40 100 ³ |
| | 5.6.2 | Até que ponto os países têm leis e regulamentos que garantem acesso total e igualitário a mulheres e homens com 15 anos ou mais de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (%) | 64.00 100 ³ |
| Saúde infantil e de recém-nascidos | 2.2.1 | Proporção de crianças com raquitismo moderado ou grave (%) | 7.00 Zerar |
| | 2.2.2 | Proporção de crianças com excesso de peso moderado ou grave (%) | 6.40 Redução |
| | 2.2.2 | Proporção de crianças com baixo peso por altura moderado ou grave (%) | 1.80 Redução |
| | 3.2.1 | Taxa de mortalidade infantil (mortes por 1.000 nascidos vivos) | 13.94 < 8 |
| | 3.2.2 | Taxa de mortalidade neonatal (mortes por 1.000 nascidos vivos) | 7.87 < 5 |
| | 3.b.1 | Proporção da população-alvo com acesso a 3 doses de difteria-tétano-coqueluche (DTP3) (%) | 77.00 100 ³ |
| | 3.b.1 | Proporção da população-alvo com acesso à segunda dose da vacina contendo sarampo (MCV2) (%) | 44.00 100 ³ |
| | 3.b.1 | Proporção da população-alvo com acesso ao conjugado pneumocócico 3ª dose (PCV3) (%) | 79.00 100 ³ |
| Doenças infecciosas | 3.3.1 | Número de novas infecções por HIV por 1.000 habitantes não infectados (por 1.000 habitantes não infectados) | 0.23 Acabar com epidemias |
| | 3.3.2 | Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes) | 45.00 |
| | 3.3.3 | Incidência de malária por 1.000 habitantes em risco (por 1.000 habitantes) | 3.87 |
| | 3.3.4 | Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) (%) | 0.07 |
| | 3.3.5 | Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (100.000) | 95.61 |
| Doenças não-transmissíveis | 3.4.1 | Taxa de mortalidade atribuída a doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica (probabilidade) | 12.70 -33% |
| | 3.4.2 | Taxa de mortalidade por suicídio (mortes por 100.000 habitantes) | 3.00 < 3.74 |
| | 3.5.1 | Cobertura de intervenções de tratamento (serviços farmacológicos, psicossociais e de reabilitação e cuidados posteriores) para transtornos por uso de substâncias (%) | 68.42 352.00 |
| | 3.5.2 | Consumo de álcool per capita (com 15 anos ou mais) dentro de um ano civil (litros de álcool puro) | 3.22 Reforçar Prevenção e Tratamento |
| | 3.a.1 | Prevalência padronizada por idade do uso atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais (%) | 16.20 |

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

| Grupo temático | Indicadores | Situação atual ¹ | Meta nacional ² | | |
|--------------------|-------------------|---|---|------------------|------------------|
| Lesões e violência | 1.5.1 | Número de pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes (número) | 211.99 | Redução | |
| | 3.6.1 | Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100.000 habitantes) | 16.00 | -33% | |
| | 5.2.1 | Proporção de mulheres e meninas com algum parceiro que sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo atual ou anterior nos últimos 12 meses (%) | 5.30 | Zerar | |
| | 5.3.1 | Proporção de mulheres de 20 a 24 anos casadas ou em união estável antes dos 18 anos (%) | 26.20 | Zerar | |
| | 8.8.1 | Lesões ocupacionais não fatais entre funcionários (por 100.000 funcionários) | 1374 | Redução | |
| | 8.8.1 | Acidentes de trabalho fatais entre funcionários (por 100.000 funcionários) | 7.40 | Redução | |
| | 13.1.1 | Número de mortes e pessoas desaparecidas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes (número) | 162.00 | - 4 | |
| | 16.1.1 | Número vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes (sexo masculino) | 51.22 | -33% | |
| | 16.1.1 | Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes (sexo feminino) | 4.33 | Redução | |
| | 16.1.3 | Proporção da população submetida a violência física nos últimos 12 meses, (%) | 2.40 | Redução | |
| | 16.1.4 | Proporção da população que se sente segura andando sozinha na área em que vive (%) | 0.17 | - 4 | |
| | 16.2.3 | Proporção da população de 18 a 29 anos que sofreu violência sexual aos 18 anos (% da população de 18 a 29 anos) | 4.50 | - 4 | |
| | Riscos ambientais | 1.1.1 | Proporção da população abaixo da linha de pobreza internacional (%) | 1.70 | Zerar |
| | | 1.3.1 | Proporção da população abrangida por pelo menos um benefício de proteção social (%) | 69.90 | 100 ³ |
| 3.9.1 | | Taxa de mortalidade padronizada por idade atribuída à poluição do ar doméstico e ambiente (mortes por 100.000 habitantes) | 24.00 | Redução | |
| 3.9.2 | | Taxa de mortalidade atribuída a água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene (mortes por 100.000 habitantes) | 1.00 | Redução | |
| 3.9.3 | | Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações não intencionais (óbitos por 100.000 habitantes) | 0.10 | Redução | |
| 4.a.1 | | Proporção de escolas com acesso a água potável e instalações básicas de lavagem das mãos, média (%) | 83.70 | 100 ³ | |
| 6.2.1 | | Proporção da população que usa serviços de saneamento gerenciados com segurança (%) | 49.00 | 100 ³ | |
| 6.2.1 | | Proporção da população com instalações básicas de lavagem das mãos nas instalações (%) | 97.00 | 100 ³ | |
| 6.3.1 | | Proporção de fluxos de águas residuais domésticas tratadas com segurança (%) | 33.03 | 100 ³ | |
| 7.1.1 | | Proporção da população com acesso à eletricidade (%) | 100 | 100 ³ | |
| 7.1.2 | | Proporção da população com dependência primária de combustíveis limpos e tecnologia (%) | 95.00 | - 4 | |
| 11.6.2 | | Níveis médios anuais de partículas finas (ponderadas pela população), por localização (microgramas por metro ³) | 11.62 | Redução | |

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

| Grupo temático | Indicadores | Situação atual ¹ | Meta nacional ² | |
|-------------------------------|-------------|--|----------------------------|------------------------------------|
| Sistemas de saúde e cobertura | 3.8.1 | Índice de cobertura do serviço de cobertura universal de saúde (UHC) | 75.00 | 100 ³ |
| | 3.8.2 | Proporção da população com grandes despesas domésticas com saúde (superior a 10%) como proporção da despesa ou renda familiar total (%) | 11.81 | Zerar |
| | 3.b.1 | Proporção da população-alvo com acesso a medicamentos e vacinas acessíveis de forma sustentável, vírus do papiloma humano (HPV) (%) | 72.00 | 100 ³ |
| | 3.c.1 | Densidade de trabalhadores de saúde: enfermeiros (por 10.000 habitantes) | 74.01 | Ampliar em territórios vulneráveis |
| | 3.c.1 | Densidade de trabalhadores de saúde, dentistas (por 10.000 habitantes) | 6.40 | |
| | 3.c.1 | Densidade de trabalhadores de saúde, médicos (por 10.000 habitantes) | 23.11 | |
| | 3.c.1 | Densidade de trabalhadores de saúde, farmacêuticos (por 10.000 habitantes) | 6.83 | |
| | 3.d.1 | Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), média do RSI (SPARI-SPAR13) % | 92.31 | Ampliar |
| | 3.d.2 | Percentual de infecção da corrente sanguínea por Escherichia coli resistente à cefalosporina de 3ª geração (por exemplo, ESBL-E. coli) entre os pacientes que procuram atendimento e cuja amostra de sangue é coletada e testada (%) | 27.74 | N/A ⁵ |
| | 3.d.2 | Percentual de infecção da corrente sanguínea por Staphylococcus aureus resistente à metilina (MRSA) entre pacientes que procuram atendimento e cuja amostra de sangue é coletada e testada (%) | 20.56 | N/A ⁵ |
| | 16.9.1 | Proporção de crianças menores de 5 anos cujos nascimentos foram registrados em uma autoridade civil (% de crianças menores de 5 anos) | 79.00 | 100 ³ |

Fonte: elaboração própria.

¹ Dado mais atual disponível na plataforma oficial da ONU para os ODS. Acesso em 10/01/23.

² Ver Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília, DF: IPEA; 2019. 412 p.7.

³ Meta nacional de cobertura integral.

⁴ Traço (-) representam indicadores sem metas nacionais estabelecidas.

⁵ N/A se refere a indicadores estabelecidos após a publicação das metas nacionais oficiais.

A implementação da Agenda 2030 na perspectiva territorial local

Para implementar efetivamente a Agenda 2030, é essencial localizar os ODS e desenvolver indicadores locais que se alinhem às características e aos desafios únicos de territórios

específicos. Localizar os ODS envolve adaptar as metas globais ao contexto local, envolver as partes interessadas e integrar conhecimentos e práticas locais³. Essa abordagem permite ações mais direcionadas e promove a apropriação e a responsabilização em nível local.

Os três anos de debate internacional até a criação da agenda trouxeram a compreensão interna de que a implementação da Agenda 2030 só seria bem-sucedida a

partir da integração consistente de ações nos níveis local, subnacional, regional, nacional e global. Apesar de os níveis de governança subnacional e local serem mencionados apenas uma vez na Resolução 70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas, que estabelece a Agenda 2030 como um acordo internacional, sua importância é posteriormente destacada com o lançamento do guia 'Roadmap for localizing the SDGs: Implementation and monitoring at subnational level', produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento³.

Esse guia oficial de localização dos ODS no nível subnacional e local ressalta a necessidade do engajamento municipal e local para o sucesso da implementação dos 17 ODS. Essa perspectiva evidencia a preocupação em incorporar a Agenda 2030 nos níveis subnacionais, uma vez que ela foi inicialmente ratificada em âmbito internacional e nacional. O guia propõe uma abordagem descentralizada do poder governamental, em que os municípios e as instituições locais devem ser proativos ao expressar suas necessidades específicas para a implementação da agenda nos governos hierarquicamente superiores. Além disso, o guia afirma que cabe às instâncias locais resistirem à abordagem *top-down*, comumente adotada quando os governos centrais unilateralmente estabelecem prioridades e obrigações para os níveis inferiores. Isso significa que os governos locais e regionais devem garantir um processo *bottom-up*, que leve em consideração as especificidades locais dentro das estratégias nacionais e estruturas institucionais³.

Ao considerar uma abordagem territorial, a apropriação do princípio de 'Não deixar ninguém para trás' dentro da Agenda 2030 perpassaria a capacidade governamental de atender às necessidades e às circunstâncias estruturais específicas das populações mais vulneráveis e marginalizadas em seus territórios. Isso inclui a promoção de territórios sustentáveis que atendam às diversas dimensões culturais, sociais e econômicas das comunidades^{13,36}.

Os ODS reconhecem a diversidade de culturas e povos como fonte de força e riqueza para a humanidade e pedem respeito, proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas e outros grupos vulneráveis. Além disso, eles também enfatizam a necessidade de processos decisórios inclusivos e participativos que garantam a voz e a agência de todas as partes interessadas, especialmente aquelas que são marginalizadas ou discriminadas^{13,36}.

A implementação de políticas específicas para grupos populacionais vulneráveis é essencial para alcançar os ODS. Políticas direcionadas são aquelas que abordam as necessidades, os desafios e as oportunidades específicas de diferentes grupos com base em suas características, como etnia, gênero, idade, deficiência e localização. Outrossim, elas podem ajudar a reduzir as desigualdades e a discriminação, melhorar o acesso a serviços e oportunidades básicas, capacitar as pessoas a reivindicarem seus direitos e participar de processos de desenvolvimento e promover a coesão social e a paz³⁷.

Um exemplo de inovação de políticas direcionadas ao nível local é o etnodesenvolvimento, que reconhece e apoia as distintas identidades e os conhecimentos tradicionais das comunidades em seu território. Políticas direcionadas também podem apoiar o etnodesenvolvimento, respeitando e valorizando a diversidade cultural e a identidade de diferentes grupos, promovendo sua autodeterminação e autonomia e fortalecendo suas capacidades e recursos para o desenvolvimento sustentável³⁷.

No campo da saúde coletiva, o conceito de territórios saudáveis e sustentáveis tem se inserido predominantemente por meio de duas formas, sendo uma ligada às determinações teóricas e outra, à determinação de relações sociais em territórios específicos. Apesar de suas diferenças, ambas as abordagens consideram a história e a geografia dos territórios, assim como reconhecem em sua composição as relações sociais e

ambientais vivenciadas pela população ou grupo. Ademais, há o reconhecimento da importância do processo de reprodução social territorializado, que é condicionado por determinantes ou pressupostos de sustentabilidade²⁴.

Observa-se uma recente tendência da utilização de abordagens territorializadas na área da saúde. Entretanto, é preciso tomar o cuidado em ter um acordo entre todas as partes interessadas, levando em consideração as características e as necessidades específicas de cada território e sociedade, para que as ferramentas disponíveis aos Estados na proposição e implementação de políticas públicas sejam eficientes e eficazes. Além disso, as próprias políticas de desenvolvimento devem ser capazes de gerar impacto e promover a reprodução sustentável da vida e do trabalho nos territórios. Para a implementação de agendas globais, sociais e territorializadas, é necessário estabelecer redes de governança articuladas ao processo de desenvolvimento regional. Essas redes devem ser estruturadas de forma participativa e integrada, envolvendo setores da sociedade e da administração pública²⁴.

A governança é uma das principais áreas que precisam de investimento. Estudos mostram que legislações e diretrizes claras de saúde pública são fundamentais para uma melhor governança de saúde pública, para apoiar a realização dos ODS relacionados com a saúde e fortalecer os sistemas de saúde. Por outro lado, os sistemas de saúde são apontados como um dos principais catalisadores para o sucesso na implementação das metas relacionadas com a saúde na Agenda 2030³⁸.

No Brasil, um importante pilar do Sistema Único de Saúde para a promoção da equidade em saúde e desenvolvimento local sustentável e saudável é a Atenção Primária à Saúde (APS). Ao compartilhar abordagens com a Agenda 2030, podemos afirmar de maneira mais abrangente que a APS se propõe, a partir de seus princípios,

a ‘não deixar ninguém para trás’, o que será explorado em seguida.

Potencialidades da Atenção Primária à Saúde para consolidação de territórios sustentáveis e saudáveis

Há muitas décadas, discussões sobre conceito e operacionalização da APS fazem parte da agenda global, originalmente inspiradas pela constituição, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, posteriormente, acaloradas pela posição central do tema na Conferência Internacional de Alma-Ata, em setembro de 1978³⁹.

A APS, em seu conceito, inclui a sua potencialidade em defender a mudança social, abordar os DSS e aumentar a equidade na saúde⁴⁰. É uma abordagem de saúde desenhada para o atendimento de toda a sociedade visando alcançar o mais alto nível de qualidade e distribuição de saúde e bem-estar. Para isso, dispõe de uma ampla gama de serviços, incluindo: promoção da saúde; prevenção, tratamento e reabilitação de doenças; além dos cuidados paliativos⁴¹.

Considerada o primeiro contato preferencial entre a população e o sistema de saúde, a APS é essencial para o atendimento integrado à saúde, incluindo na sua esfera de atuação os encaminhamentos contínuos aos serviços especializados quando necessário. Vale destacar, no entanto, que a prestação de serviços é apenas uma parte do conceito mais amplo de APS; e para abordar os DSS, a implementação de um conceito de APS deve ser acompanhada de ações multissetoriais e do empoderamento da população⁴².

As unidades de APS podem atingir populações isoladas mediante pobreza, gênero, ruralidade e/ou outras dimensões da desigualdade, como pessoas com deficiência, com doenças crônicas e/ou negligenciadas, com algum tipo de fragilidade, além de idosos,

crianças e gestantes, pessoas em situação de rua, desde que seus serviços tenham financiamento e distribuição adequada no território, a fim de alcançar a plena cobertura, rompendo com barreiras geográficas⁴⁴⁻⁴⁶. Os cuidados continuados, incluindo a gestão de casos e a vigilância dos grupos vulneráveis, podem reduzir as hospitalizações devido a condições sensíveis aos cuidados primários. Melhorar a qualidade da APS pode, inclusive, minimizar o impacto da pobreza sobre os grupos vulneráveis da população^{47,48}.

Decerto, uma APS forte está associada a sistemas de saúde de melhor desempenho em termos de resultados de saúde, equidade, consumo de recursos hospitalares e custo^{49,50}. Por esse motivo, os modelos de saúde centrados na APS estão ganhando cada vez mais força como uma estratégia-chave que os países usam para cumprir plenamente sua promessa de fornecer cobertura universal e cumprir os ODS^{41,52-54}.

Países que priorizam investimentos na APS estão mais bem posicionados para alcançar os ODS quando comparados com aqueles de sistemas enfocados em hospitais ou investimentos limitados em saúde^{52,53}. Destaca-se que a APS referida aqui não deve ser a APS com enfoque em ações específicas e para grupos limitados, mas sim aquela de abordagem ampla, que conversa com os conceitos, princípios, diretrizes e funções da APS enquanto coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nessa lógica, uma APS ampla, como estratégia de organização do sistema, permite abordar DSS mais complexos.

Apesar das semelhanças de princípios, uma das ausências importantes na perspectiva de políticas de saúde na Agenda 2030 é a ausência de referência à APS. Em 2018, a OMS retomou as discussões e os compromissos dos Países-Membros com a APS e, na conferência de Astana, fez um movimento de suprir a ausência, referindo-se à APS como uma das forças impulsionadoras para o alcance dos ODS durante a conferência e no relatório final desta^{41,55}. A Declaração de Astana

recoloca a APS no centro dos compromissos internacionais, reiterando que o apoio à APS está enraizado nos valores essenciais e no conhecimento acumulado nos últimos 40 anos. Nesse Panorama, um ímpeto renovado para a APS pode significar também o caminho para alcançar os ODS e a cobertura universal de saúde^{52,57}.

Considerações finais

Este texto buscou trazer reflexões sobre as complementariedades da Agenda 2030 para o desenvolvimento de estratégias, políticas e estudos para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. Também observamos que a promoção de territórios sustentáveis e saudáveis está intrinsecamente ligada ao princípio de 'não deixar ninguém para trás'. Essa relação é sustentada pela própria ambição da agenda, que reafirma a importância da abordagem territorializada e holística na implementação dos ODS de forma inclusiva e equitativa.

Desde sua criação em 2015, há o reconhecimento de que o sucesso da agenda dependerá de sua capacidade de ser implementada localmente. Entretanto, lembramos que, para implementar os ODS em nível local, inicialmente, é preciso realizar o exercício teórico-metodológico de localizá-los. Isso significa traduzir as metas globais em objetivos e indicadores locais. Também significa envolver as partes interessadas locais no planejamento e na implementação das atividades relacionadas com os ODS.

Estudos apontam que adotar abordagens territorializadas requer considerar as especificidades locais e envolver as comunidades locais no processo de tomada de decisão e implementação de políticas e programas. A criação de territórios sustentáveis e saudáveis é fundamental para alcançar os grupos populacionais locais, identificar as desigualdades em saúde e aqueles deixados para trás no dado território. As desigualdades provindas do desenvolvimento, como a concentração

de recursos e serviços em áreas urbanas ou privilegiadas, em detrimento de áreas rurais ou marginalizadas, também são frequentemente agravadas pela falta de abordagens territorializadas.

Além disso, a relação entre territórios sustentáveis e saudáveis e o princípio de ‘não deixar ninguém para trás’ destaca a importância da participação e empoderamento das comunidades locais. A inclusão dos diversos atores locais, como governos locais, organizações da sociedade civil e populações marginalizadas, é fundamental para garantir que as políticas e as ações sejam adaptadas às necessidades específicas de cada território.

Uma inovação da agenda que pode potencializar as iniciativas voltadas para o LNOB está na inclusão da parceria como o décimo sétimo objetivo (ODS 17: Parcerias e Meios de Implementação) a ser alcançado, sendo este um dos símbolos da mudança de paradigma que rege a Agenda. O ODS 17 é instrumentalizado como o único objetivo criado não como um fim, mas sim como um meio de implementação a partir da coordenação de esforços internacionais. É preciso notar que esse objetivo possui um chamado para a cooperação completamente subordinado à boa-fé dos Estados-Membros e dependente da mobilização da ciência, tecnologia e inovação para criar outras modalidades de governança e para buscar meios de sustentar as ambições da Agenda⁵⁸.

Não obstante, a abertura para inovações metodológicas se apresenta enquanto um caminho perfeitamente viável para a discussão de diferentes módulos de desenvolvimento sustentável, incluindo aqueles adaptáveis para outros modos de vida, como de grupos vulneráveis e marginalizados. A APS baseia suas atividades em um modelo de ação inter-setorial, colocando-se no centro da discussão e da solução de muitos dos desafios colocados para os ODS 3, sendo estratégica no alcance

do princípio de ‘não deixar ninguém para trás’ e podendo contribuir para a abordagem do LNOB ao garantir o acesso à assistência médica de qualidade para todos, independentemente de localização, renda, gênero, etnia ou outros fatores. Também promove o desenvolvimento sustentável ao abordar os determinantes da saúde, como a pobreza, a desigualdade, as condições sanitárias e ambientais.

No entanto, considerando que estamos na metade do período acertado para o prazo final da agenda, é necessária urgência em sua implementação. Para o Brasil, especialistas mostram-se céticos quanto às possibilidades de o País alcançar as metas até 2030⁵⁹. Em maio de 2023, a edição especial do relatório do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) destacou o progresso insatisfatório na implementação dos ODS até o momento. Dentre as recomendações para resgatar e acelerar a implementação até 2030, destacamos a necessidade de: fortalecer o planejamento nacional, investir na capacidade do setor público e infraestrutura digital, capacitar governos locais, alinhar o setor privado aos ODS, melhorar o monitoramento e a revisão dos ODS e fortalecer o sistema de desenvolvimento da ONU. Isso inclui a importância de enfrentar os desafios emergentes e preencher as lacunas existentes na arquitetura internacional relacionada com os ODS desde 2015.

Colaboradores

Martins ALJ (0000-0001-5634-9023)*, Miranda WD (0000-0002-0838-9861)* e Silveira F (0000-0003-1240-3942)* contribuíram para o desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Paes-Sousa R (0000-0002-3384-6657)* contribuiu para a concepção e revisão final do texto do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. United Nations, General Assembly. A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015 set 25 [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
2. Chasek PS, Wagner LM, Leone F, et al. Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda. *Rev Eur Comp Int Environ Law*. 2016;25(1):5-14. DOI: <https://doi.org/10.1111/reel.12149>
3. United Nations Development Programme. Roadmap for localizing the SDGs: implementation and monitoring at subnational level [Internet]. [New York]: UNDP, Global Taskforce of Local and Regional Governments. 2016 [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/commitments/818_11195_commitment_ROADMAP%20LOCALIZING%20SDGS.pdf
4. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*. 2020;m693. DOI: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m693>
5. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world (The Lancet). *The Lancet*. 2015 Dec;386(10011):2442-4. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 21 de Outubro de 2011. Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde [Internet]. Rio de Janeiro: OMS; 2011 [acesso em 2023 jun 24]. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/upload/documento/Rio_political_declaration_PTBR_oficial.pdf
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília, DF: IPEA; 2019. 412 p.
8. Scalón C, Salata A. Desigualdades, estratificação e justiça social. *Civitas, Rev Ciênc Soc*. 2016;16(2):179. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.2.24479>
9. Boerma T, Victora CG, Sabin ML, et al. Reaching all women, children, and adolescents with essential health interventions by 2030. *BMJ*. 2020;368:l6986. DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.l6986>
10. Jannuzzi PM, De Carlo S. Da agenda de desenvolvimento do milênio ao desenvolvimento sustentável: oportunidades e desafios para planejamento e políticas públicas no século XXI. *Bahia Anál Dados [Internet]*. 2019 [acesso em 2021 jun 21];28(2):6-27. Disponível em: <https://publicacoes.sei.ba.gov.br/index.php/bahiaanaliseedados/article/view/143>
11. Kanie N, Biermann F, editors. Governing through goals: sustainable development goals as governance innovation. v. 1. Cambridge, MA: MIT Press; 2017.
12. Fukuda-Parr S, Hegstad TS. “Leaving no one behind” as a site of contestation and reinterpretation. New York: United Nations; 2018.
13. United Nations Development Programme. What does it mean to Leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation [Internet]. [New York]: UNDP; 2018 [acesso em 2023 jun 24]. Disponível em: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Discussion_Paper_LNOB_EN_lres.pdf
14. Klasen S, Fleurbaey M. Leaving no one behind: Some conceptual and empirical issues. New York: United Nations; 2018.
15. Kapto S. Layers of Politics and Power Struggles in the SDG Indicators Process. *Glob Policy*. 2019;10(S1):134-136. DOI: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12630>
16. Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators. Annex I: Terms of reference for the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. [local desconhecido]: IAEG-SDGs; 2017.

17. United Nations, General Assembly. A/RES/71/313. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2017 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/71/313>
18. Pintér L, Kok M, Almassy D. Measuring progress in achieving the Sustainable Development Goals. In: Kanie N, Biermann F, editores. *Governing through Goals: Sustainable Development Goals as Governance Innovation*. Cambridge, MA: MIT Press; 2017. p. 99-132.
19. Fukuda-Parr S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. *Gend Dev* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jun 1];24(1):43-52. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13552074.2016.1145895>
20. Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators. Tier Classification for Global SDG Indicators [Internet]. [local desconhecido]: IAEG-SDGs; 2021 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/>
21. Mújica ÓJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e12. DOI: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2019.12>
22. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
23. United Nations, General Assembly, Economic and Social Council. *Progress towards the Sustainable Development Goals: Towards a Rescue Plan for People and Planet* [Internet]. New York: United Nations; 2023 [acesso em 2023 jul 24]. Disponível em: https://hlpf.un.org/sites/default/files/2023-04/SDG%20Progress%20Report%20Special%20Edition_1.pdf?_gl=1*zivvmm*_ga*MTUzMzA3Mjg2Ni4xNjg1ODI4ODA5*_ga_TK9BQL5X7Z*MTY4NTgyODgwOC4xLjAuMTY4NTgyODgwOC42MC4wLjA
24. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):243-249.
25. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlottheuber A, et al. Measuring health inequalities in the context of sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):654-659. DOI: <https://doi.org/10.2471%2FBLLT.18.210401>
26. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? *Global Health*. 2015;11(1):13. DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12992-015-0098-8>
27. Mahajan M. The IHME in the Shifting Landscape of Global Health Metrics. *Glob Policy*. 2019;10:110-120. DOI: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12605>
28. Moyer JD, Bohl DK. Alternative pathways to human development: Assessing trade-offs and synergies in achieving the Sustainable Development Goals. *Futures*. 2019;105:199-210. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.10.007>
29. Nilsson M, Chisholm E, Griggs D, et al. Mapping interactions between the sustainable development goals: lessons learned and ways forward. *Sustain Sci*. 2018;13(6):1489-1503. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11625-018-0604-z>
30. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*. 2014;129(supl2):19-31. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F00333549141291S206>
31. Queenan K, Garnier J, Nielsen LR, et al. Roadmap to a One Health agenda 2030. *CABI Reviews*. 2017;2017:1-17. DOI: <https://doi.org/10.1079/PAVSNR201712014>
32. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. 2015;386(10007):1973-2028. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60901-1)

33. Asma S, Lozano R, Chatterji S, et al. Monitoring the health-related Sustainable Development Goals: lessons learned and recommendations for improved measurement. *Lancet*. 2020;395(10219):240-246. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32523-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32523-1)
34. Bhutta ZA, Siddiqi S, Aftab W, et al. What will it take to implement health and health-related sustainable development goals? *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e002963. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002963>
35. Silveira F, Martins AL, Gadelha P, et al. Quantifying convergence on health-related indicators of the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2021;99(3):228-235. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.19.245811>
36. United Nations Development Programme. UNDP Sustainable Development Goals [Internet]. [New York]: UNDP; 2021 [acesso em 2023 jul 24]. Disponível em: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
37. Van Nieuwkoop M, Uquillas JE. Defining ethno-development in operational terms: lessons from the Ecuador indigenous and Afro-Ecuadoran peoples development project [Internet]. Washington, DC; 2000 [acesso em 2023 jul 24]. (World Bank Working Paper 6. Numbered Series). Report No.: 23231. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/990421468771860403/defining-ethnodevelopment-in-operational-terms-lessons-from-the-ecuador-indigenous-and-afro-ecuadoran-peoples-development-project>
38. Lee Y, Kim SY. Public health law coverage in support of the health-related sustainable development goals (SDGs) among 33 Western Pacific countries. *Global Health*. 2019;15(1):29. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0472-z>
39. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. 12 de setembro de 1978 [Internet]. Alma-Ata, URSS; 1978 [acesso em 2023 jun 24]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
40. Frieden TR, Lee CT, Lamorde M, et al. The road to achieving epidemic-ready primary health care. *Lancet Public Health*. 2023;8(5):e383-390. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00060-9)
41. World Health Organization. Declaration of Astana Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2023 jul 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
42. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(8):653-655. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102780>
43. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:6-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>
44. Goodyear-Smith F, Bazemore A, Coffman M, et al. Primary care financing: a systematic assessment of research priorities in low- and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019;4(supl8):e001483. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001483>
45. Graham B. Population characteristics and geographic coverage of primary care facilities. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):398. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3221-8>
46. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRB, et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 2019;52(supl2):6s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>
47. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions. *Rev Saude Publica*. 2019;53:2. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000403>

48. Rosendo TMSS, Roncalli AG. *Near miss* materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(1):191-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20802014>
49. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
50. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, et al., editores. *Building primary care in a changing Europe* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [aceso em 2023 jul 24]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035488/>
51. Rao M, Pilot E. The missing link – the role of primary care in global health. *Glob Health Action*. 2014;7(1):23693. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23693>
52. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31829-4)
53. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson MIP, et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2015;386(10009):2119-2121. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00949-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00949-6)
54. Pinto D, Máñez MÁ, Minué S, et al. Health Networks in Action: The experiences of Argentina, Brazil, Colombia and Mexico. [local desconhecido]: Inter-American Development Bank; 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0002632>
55. World Health Organization; United Nations Children's Fund. *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO; 2018.
56. Kluge H, Kelley E, Barkley S, et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*. 2018;392(10156):1372-1374. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32482-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32482-6)
57. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Witthayapipopsakul W, et al. Primary health care and sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2020;98(11):792-800. DOI: <https://doi.org/10.2471%2FBLT.19.245613>
58. Walsh PP, Murphy E, Horan D. The role of science, technology and innovation in the UN 2030 agenda. *Technol Forecast Soc Change*. 2020;154:119957. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.119957>
59. Moreira MR, Kastrup É, Ribeiro JM, et al. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas em saúde brasileiros(as) sobre o potencial do País cumprir os ODS. *Saúde debate*. 2019;43(esp7):22-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>

Recebido em 07/08/2023

Aprovado em 06/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Francco Antonio Neri de Souza e Lima