



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROBERTO EDUARDO BUENO

CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DE MODELO CONCEITUAL PARA
DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERFACES
ENTRE SUSTENTABILIDADE, GOVERNANÇA E EQUIDADE

CURITIBA

2011

ROBERTO EDUARDO BUENO

**CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DE MODELO CONCEITUAL PARA
DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERFACES
ENTRE SUSTENTABILIDADE, GOVERNANÇA E EQUIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica
do Paraná, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em Odontologia, Área
de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr^a. Simone Tetu Moysés

CURITIBA

2011



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

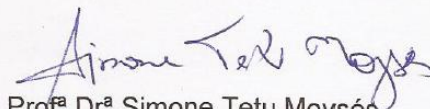
TERMO DE APROVAÇÃO

ROBERTO EDUARDO BUENO

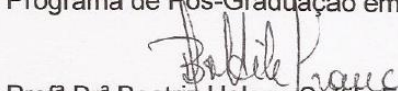
CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DE MODELO CONCEITUAL PARA DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: INTERFACES ENTRE SUSTENTABILIDADE, GOVERNANÇA E EQUIDADE

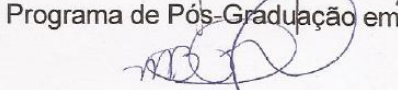
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador (a):


Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Márcia Helena Baldani Pinto
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, UEPG


Prof. Dr. Harry Alberto Bollmann
Programa de Pós-Graduação em Gestão Urbana, PUCPR

Curitiba, 15 de dezembro de 2011.

DEDICATÓRIA

*Ao meu saudoso pai Reinivaldo Bueno (in memorian),
À minha querida mãe Elisabeth Mayer Bueno,
À minha amada esposa Paula Alexandra Reis Bueno e
Aos meus filhos Eduardo Reis Bueno e Eloise Reis Bueno*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Simone Tetu Moysés pelo suporte e confiança no desenvolvimento deste trabalho...

Ao Professor Samuel Jorge Moysés pelas relevantes contribuições...

A CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa concedida...

À Professora Beatriz Helena Sottile França pelo apoio incentivador...

Aos colegas Izabel, Marilisa, Maria da Graça, Maria Lúcia, Lucimara, Koch, Gerson, Sandra, Edeny e Max pelo companheirismo...

Ao meu saudoso pai Bueno pelos vitais conselhos...

À minha querida mãe Elisabeth pelo confortante incentivo...

À minha amada esposa Paula Alexandra Reis Bueno por compartilhar intensamente nossos pulsantes sentimentos...

Ao meu filho Eduardo Reis Bueno pela próspera esperança...

À minha filha Eloise Reis Bueno pela cativante ternura...

A Deus pela vida infinita...

...todos os meus sentidos de viver esta desafiante jornada!

“A diferença é o que nos une.

Somos todos iguais.

Compartilhamos uma só casa que devemos cuidar.

As diferenças de língua, de religião ou de cultura devem estar em nível secundário.

Primeiro temos de nos considerar irmãos e irmãs.”

Tenzin Gyatso, o 14.º dalai-lama

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi construir um Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde e aplicá-lo na análise de indicadores contextuais associados ao desfecho em saúde da criança, e, nos documentos da VIII Conferência Municipal e do Plano de Saúde de São José dos Pinhais. Foi dividido em três estudos distintos. No estudo 1, analisou-se as interfaces entre sustentabilidade, governança e equidade. No estudo 2, ponderou-se determinantes sociais de saúde por meio da relação entre Desenvolvimento Sustentável e o desfecho em saúde da criança. No estudo 3, avaliou-se o Relatório Final da VIII Conferência e o Plano de Saúde de São José dos Pinhais 2010-2013 e verificou-se nesses documentos as categorias do Modelo Conceitual (Sustentabilidade; Políticas de Governo e Estado; Governança; Balanço de Poder; Equidade; Processo Inclusivo e Resultados Impactantes). No estudo 1, foi conduzida uma revisão crítica e sistemática das publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde no período dos anos 2000 a 2011. No estudo 2, ecológico, na 1ª Fase, 16 indicadores contextuais foram obtidos do censo demográfico de 2010. Análise Fatorial de Componentes Principais sintetizou os índices de Desenvolvimento Sustentável para os lugares onde as crianças vivem. Na 2ª Fase, a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos foi obtida do Ministério da Saúde. A população da pesquisa foi composta por 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, hierarquizados em 4 grupos pela análise de cluster. No estudo 3, num estudo de caso, utilizou-se da técnica de análise de conteúdo sistematizada pelo programa computacional ATLAS Ti 5.0. A correlação de Pearson demonstrou associação estatisticamente significativa, moderada e negativa do desfecho em saúde da criança (2001-2010) com o índice de Desenvolvimento Sustentável ($r=-0,62$; $p<0,01$); com a componente Equidade ($r=-0,70$; $p<0,01$); e com os clusters ($r=-0,68$; $p<0,01$). Das 331 propostas aprovadas na Conferência de Saúde, 49% contemplaram as seis categorias do Modelo Conceitual; 29% contemplaram três categorias; e 22% contemplaram somente uma das categorias do referido Modelo. Conclui-se que essas categorias foram significativas no Plano de Saúde. Portanto, fica o desafio, aos cidadãos, Ministério Público e ao Conselho de Saúde, de fiscalizar a execução do Plano de Saúde. Com base nos resultados dos três estudos, verificou-se que, para a governança e sustentabilidade de políticas públicas pró-equidade é imprescindível a integração dos governos com o setor privado e a sociedade civil. Isto foi corroborado com a premissa indicada pelo marco da sustentabilidade que orienta as dimensões do desenvolvimento humano e possui forte ligação com os processos de governança em saúde. Indicadores contextuais estavam associados ao desfecho em saúde da criança. Desta forma, políticas sociais equitativas e sustentáveis, em oposição à “Lei da Sustentabilidade Inversa”, com base em estratégias inclusivas de promoção da saúde precisam ser integradas ao contexto de vida das crianças. Alicerçado nas três pesquisas apresentadas, foi constatado que o Modelo construído se mostrou cientificamente pertinente como referencial teórico, na análise quantitativa de indicadores contextuais associados ao desfecho em saúde da criança e na análise qualitativa do Plano de Saúde de São José dos Pinhais.

Palavras-chave: Desenvolvimento sustentável. Equidade. Governança. Participação comunitária. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was to build a Conceptual Model for Human Development and Health Promotion and analyse it in the light of contextual indicators associated with child health outcomes and in the light of documents from the São José dos Pinhais VIII Health Conference and Health Plan. It was divided into three distinct studies. Study 1 analysed the interfaces between sustainability, governance and equity. Study 2 analysed social determinants of health through the associations of contextual indicators of sustainable development with child health outcomes. Study 3 analysed the Final Report of the São José dos Pinhais VIII Health Conference and its Municipal Health Plan 2010-2013 as to the existence of the Conceptual Model categories in these documents (Sustainability; Government/State Policies; Governance; Power Balance; Equity; Inclusive Process and Impacting Results). As part of Study 1 a critical and systematic review was performed of publications indexed in the Virtual Health Library between the years 2000 and 2011. As part of Study 2, the 1st Phase of which was ecological, 16 contextual indicators were obtained from the 2010 demographic census. Principal Components Factor Analysis provided a synthesis of the Sustainable Development indices of the places where the children live. In the 2nd Phase the mortality rate of children aged under 5 was obtained from the Ministry of Health. The population studied was comprised of 37 municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion, divided into 4 groups using hierarchical cluster analysis. In Study 3, a case study, the technique of contents analysis systematized by the ATLAS Ti 5.0 computer program was used. Based on the results of the three studies it was found that in order to achieve governance and sustainability of pro-equity public policies the integration of governments with the private sector and civil society is essential. This was corroborated by the premise indicated by concept of sustainability that guides the dimensions of human development and has strong links with health governance processes. Pearson's correlation demonstrated statistically significant, moderate and negative association of child health outcomes (2001-2010) with the Sustainable Development index ($r=-0.62$; $p<0.01$); with Equity ($r=-0.70$; $p<0.01$); and with the clusters ($r=-0.68$; $p<0.01$). 49% of the 331 proposals approved by the Health Conference contemplated the six categories of the Conceptual Model; 29% contemplated three categories; and 22% contemplated only one of the Model's categories. The conclusion is that these categories were significant in the Health Plan. The challenge therefore remains for citizens, the Public Prosecutor's Office and the Health Council to monitor the execution of the Health Plan. Contextual indicators of Sustainable Development were associated with child health outcomes. As such, equitable and sustainable public policies, as opposed "Inverse Sustainability Law", based on inclusive health promotion strategies need to be integrated into the context of the children's lives. Based on the three studies presented the Model built showed itself to be scientifically pertinent as a theoretical reference in the quantitative analysis of contextual indicators associated with child health outcomes in the documental analysis of the São José dos Pinhais Health Plan.

Keywords: Sustainable development. Equity. Governance. Consumer participation. Health promotion.

LISTA DE SIGLAS

ACP - Análise por Componentes Principais

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CID – Classificação Internacional das Doenças

CMMAD - Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CSDH - Commission on Social Determinants of Health (Comissão Internacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde)

DH – Desenvolvimento Humano

IBECS - Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)

PIB - Produto Interno Bruto

PS – Promoção da Saúde

ODMs – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ORBIS – Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade

SciELO – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca eletrônica de periódicos científicos)

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (pacote estatístico para as ciências sociais)

SUS – Sistema Único de Saúde

UN-HABITAT - United Nations Human Settlements Programme (Programa para os Assentamentos Humanos da Organização das Nações Unidas)

UNMD - United Nations Millennium Declaration (Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas)

WHO - World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO, SUSTENTABILIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	9
1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E EQUIDADE.....	14
1.3 INIQUIDADES EM SAÚDE DA CRIANÇA.....	18
1.4 GOVERNANÇA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	19
1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS.....	21
2 PROPOSIÇÃO.....	23
3 ARTIGO UM.....	25
4 ARTIGO UM EM INGLÊS.....	42
5 ARTIGO DOIS.....	59
6 ARTIGO DOIS EM INGLÊS.....	81
7 ARTIGO TRÊS.....	103
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICE E ANEXOS.....	132

1 INTRODUÇÃO

Construir um Modelo Conceitual que sirva como referência para a análise de dimensões do Desenvolvimento Humano e da Promoção da Saúde é um grande desafio e exige um amplo referencial teórico. Ciente da complexidade da temática abordada, não se tem aqui a pretensão de abranger todas as dimensões envolvidas nos estudos da área, nem tampouco esgotar a complexidade do assunto. Esta tese pretende aproximar, sintetizar e facilitar a compreensão e operacionalização dos conceitos estudados para o trabalho do gestor e do profissional dos serviços sociais e de saúde, em particular. Ela está ancorada em um marco lógico abrangente, operando com conceitos como: 1) Desenvolvimento Humano e Sustentabilidade, 2) Determinantes Sociais de Saúde e Equidade, 3) Iniquidades em Saúde da Criança, 4) Governança e Participação Social, e 5) Políticas Públicas de Saúde e Promoção da Saúde. Os mesmos serão percorridos sequencialmente a seguir.

1.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO, SUSTENTABILIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O desenvolvimento de um país, estado ou município não deve ser compreendido apenas por seu crescimento econômico. O desenvolvimento de um lugar se traduz em cada um de seus moradores e nas probabilidades que estes têm de viver de forma a alcançar integralmente seu potencial de seres humanos livres. O desenvolvimento humano incide na liberdade que os indivíduos possuem de escolher entre distintos estilos de vida. Os fatores que permitem à pessoa ser livre são a possibilidade de atingir uma vida longa e saudável, poder apreender conhecimentos e ter a chance de conseguir os recursos indispensáveis para uma vida digna. Portanto, no cerne do conceito de desenvolvimento humano se inserem as pessoas e as suas oportunidades (SEN, 2000).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), idealizado por Sen & Haq em 1990, combina três dimensões das condições de vida de uma determinada região geográfica. A primeira dimensão leva em conta a expectativa de vida ao nascer, fortemente influenciada pelo número de mortes precoces, ou seja, a média da quantidade de anos que uma pessoa nascida em uma localidade deve viver. Isso

reflete as condições de saúde e salubridade do lugar. A segunda dimensão utiliza o cálculo do Produto Interno Bruto *per capita*, relacionado a um padrão material de vida decente. A terceira dimensão pondera os anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade, dimensionando o acesso ao conhecimento. O IDH, como síntese de informação, pode ser útil quando se quer fazer comparações das três dimensões agregadas ou separadas entre diversas localidades quanto ao nível de Desenvolvimento Humano nacional, regional e local (CROCKER, 1993; PNUD, 2011). Porém, o IDH não contempla a dimensão da Sustentabilidade Ambiental. Quando se analisa o Desenvolvimento Humano sob a perspectiva da Promoção da Saúde a dimensão ambiental é imprescindível, pois não se pode ter um Desenvolvimento Humano sem sustentabilidade do ambiente de vida (CROCKER, 1993).

O conceito de desenvolvimento humano é entendido por Elizalde (2003), “como o processo pelo qual uma sociedade melhora as condições de vida dos seus cidadãos através do incremento dos bens com que pode cobrir suas necessidades básicas e complementares, e da criação de um entorno em que são respeitados os direitos humanos de todos eles” (ELIZALDE, 2003, p. 168). Nesse sentido, é imprescindível a integração dos governos federal, estaduais e municipais, com o setor privado e a sociedade civil para a criação e sustentabilidade de políticas públicas, como por exemplo, as políticas de promoção da saúde, assim como projetos que orientem o desenvolvimento humano sustentável. Dentre eles, exemplificam-se no âmbito da saúde coletiva, os avanços científicos na produção de conhecimentos pela epidemiologia e ciências sociais referente ao processo saúde-cuidado-doença, as transformações na oferta, acesso, planejamento e gastos relativos à melhoria dos serviços de saúde e as ações intersetoriais com foco no desenvolvimento sustentável (ELIZALDE, 2003).

Um modelo esquemático, produzido por Hancock (1993), propõe o desenvolvimento humano como o centro das interações entre ambiente adequado para viver, equidade, eficiência, prosperidade econômica, convívio comunitário, qualidade do ambiente construído, cultura vibrante e ambiente natural sustentável, ou seja, para se ter o desenvolvimento humano é necessário que se tenha a sustentabilidade da promoção de uma comunidade saudável.

Etimologicamente, sustentabilidade vem do latim *sustentare* que quer dizer sustentar, sustentar, suportar, manter, consolidar, resistir. Segundo Sachs (1993), trata-se de um conceito polissêmico, dinâmico e historicamente construído com base nas dimensões: social, econômica, geográfica ou espacial, ecológica e cultural.

O termo *desenvolvimento sustentável*, surge no relatório de Brundtland em 1987, denominado “Nosso futuro comum”, tentando incorporar o conceito de sustentabilidade ao de desenvolvimento, como “aquele que responde às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras em atender às suas próprias necessidades”. Entretanto, ele foi alvo de críticas por ser incorporado aos discursos de governança dando uma maior ênfase ao desenvolvimento econômico em detrimento da sustentabilidade (CMMAD, 1991). Uma ação humana sustentável necessita ser ecologicamente correta, ponderada na relação do homem com seu ambiente; economicamente viável, pelo apropriado uso dos recursos disponíveis; socialmente justa, priorizando indivíduos e grupos vulneráveis na busca da equidade; culturalmente aceita, quando valoriza a heterogeneidade e oportuniza a participação inclusiva; e psicologicamente saudável, beneficiando a autonomia e o empoderamento individual e comunitário (UNITED NATIONS, 2002).

Entretanto, quando o conceito de sustentabilidade se associa ao de promoção da saúde, ele se revela também como continuidade, manutenção, institucionalização, incorporação, integração de políticas, ações e de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento sustentável (JUNQUEIRA, 2000; RIBEIRO & GUNTER, 2002; ZANCAN, et al., 2002; YANG, et al., 2010; EDVARDSSON, et al., 2011; LOVELL, et al., 2011; NAM et al., 2011; WATT et al., 2011). Portanto, a sustentabilidade associada à promoção da saúde manifesta-se na implantação de ações saudáveis e sustentáveis e na permanência de processos inclusivos. Assim, a continuidade das políticas de promoção da saúde aliada ao desenvolvimento sustentável é fundamental, visto que se trata de iniciativas de natureza complexa envolvendo um processo inclusivo de mudança coletiva com resultados impactantes no médio e longo prazos sobre uma sociedade (ZIGLIO et al., 2000). Também estão associadas às melhoras sustentáveis em saúde e redução de iniquidades por meio de ações direcionadas aos determinantes sociais de saúde (WATT, 2006).

Quanto à sustentabilidade das ações de Promoção da Saúde, muito se tem discutido (PLUYE, POTVIN e DENIS, 2004; SWERISSEN & CRISP, 2004; ST LEGER, 2005). A sustentabilidade, entendida de forma ampliada, evidencia as dimensões social, econômica, ambiental, cultural e política envolvidas em práticas de Promoção da Saúde. Portanto, mais do que buscar somente avaliar desfechos em saúde, *o processo de implementação* das ações de Promoção da Saúde ganha importância em função dos ganhos agregados ao estabelecimento de alianças intersetoriais. A avaliação de “processo” vem crescendo em complexidade, correspondente a sua importância e utilidade mais amplamente reconhecida. Elementos sugeridos para a avaliação de processo incluem estratégias de alianças, envolvimento e comprometimento de diferentes atores, equilíbrio entre oferta e demanda de ações promocionais, alcance populacional, e contexto (SAUNDERS, EVANS e JOSHI, 2005).

A interconexão entre o Desenvolvimento Humano e a Promoção da Saúde converge em agendas sociais de desenvolvimento, dentre elas, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a Agenda 21 e Cidades/Municípios Saudáveis. Elas constituem estratégias convergentes para o Desenvolvimento Sustentável, integrando desenvolvimento e saúde.

No começo do terceiro milênio foi aprovada a Declaração do Milênio e o pacto explicitado para todos de trabalhar pela concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), apresentados na Figura 1. Com o propósito de servir de elo entre as agendas de governos/Estado, setor privado e sociedade civil, os ODMs são referenciais abrangentes para o planejamento de políticas públicas sociais e intersetoriais, dirigida à inclusão social, à redução das iniquidades, à promoção da saúde das pessoas mais vulneráveis, à advocacia do desenvolvimento efetivamente sustentável (UNMD, 2001). A Organização Mundial da Saúde tem explicitado os ODMs como planejamento estratégico demonstrativo da saúde como situação primordial na política internacional. A equidade é a meta entre os países e dentro dos países, pois foi avaliada como a determinante social de maior relevância do processo saúde-doença-cuidado (WHO, 2006).



Figura 1 – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Fonte: UNMD, 2001.

Os ODMs foram as consequências dos amplos debates que culminaram de reuniões internacionais na década de 1990. Dessa forma, a Declaração do Milênio mobilizou os países para alcançar os ODMs. Em 2002, os Estados-membros das Nações Unidas encontraram-se em Johannesburg, na África do Sul, na Cúpula sobre o Desenvolvimento Sustentável, onde reforçaram os ODMs como os objetivos de desenvolvimento global (UNMD, 2001).

Além dos ODMs, as agendas de desenvolvimento local procuram agir sobre os determinantes sociais como forma de Promoção da Saúde. A Agenda 21 organizou-se num pacto para o desenvolvimento sustentável, assinado por 179 países representados na Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, no Rio de Janeiro em 1992 (ECO-92). E, agora, em mais oportunidade de encontro, o *Rio +20*, em 2012. Portanto, “a exploração da interface entre saúde e ambiente, sob o marco da sustentabilidade, compreende a instituição de uma

política que expresse a multiplicidade de forças interativas geradas onde há uma diversidade de ‘olhares’ e ‘interesses’ em torno da promoção da vida do planeta e da saúde humana” (FRANCO NETO, 2006, p. 162-163).

Ainda, uma agenda de Promoção da Saúde chamada de Cidades/Municípios Saudáveis, objetiva atuar como promotora das transformações da cidade/município em um espaço geográfico de produção social da saúde. A pioneira definição de cidades saudáveis foi produzida por Hancock e Duhl (1986): “uma ‘cidade saudável’ está continuamente criando e melhorando o ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida”. Essa agenda, desde a década de 1970, vem englobando um maior número de cidades em vários países com o intuito de produzir saúde socialmente (WESTPHAL, 2000).

1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E EQUIDADE

O conceito de “determinação social do processo saúde-doença” aparece nas publicações dos anos 1970 e 1980 que enfatizavam as limitações das intervenções sobre o processo saúde-doença, quando guiadas apenas pelo risco individual de doenças. As críticas argumentavam que para entender a saúde, é imprescindível enfatizar as populações, com políticas públicas e ações dirigidas à sociedade. Tanto os fatores individuais de risco quanto os modelos sociais modulam as chances dos indivíduos serem saudáveis.

Mckeown (1979) já argumentava que a “atenção médica não é o principal fator de auxílio à saúde das pessoas”. Atualmente, o conceito de determinantes sociais está conectado aos “fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes”. Em certos contextos, os determinantes sociais de saúde continuam a ser entendidos como típicos do indivíduo, entre eles a rede social do indivíduo, sua renda, profissão, etc. (Figura 2). Entretanto, a população não é simplesmente um ajuntamento de indivíduos. As iniquidades em saúde se estruturam sistematicamente (EVANS et al., 2001). Isso acontece porque os determinantes individuais numa população podem

não ser iguais aos determinantes de iniquidades entre as populações (ROSE, 1985; MARMOT, 2001). Por isso, é relevante diferenciar duas etiologias. A primeira visa às causas dos casos. A segunda, as causas das incidências. Buscamos entender, por meio dos determinantes sociais da saúde, como as causas individuais dos casos estão correlacionadas às causas da incidência nas populações (ROSE, 1985).



Figura 2 – Modelo de determinantes sociais da saúde

Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991

A interconexão saúde-desenvolvimento foi explicitada no documento publicado pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, vinculada a Organização Mundial da Saúde, compreendendo a visão de saúde como um recurso para o desenvolvimento econômico e reforçando que as condições socioeconômicas também são capazes de determinar a saúde de uma população (WHO, 2004). Quanto maior a pobreza, mais altos são os níveis de doença e mortalidade

prematura, ou seja, quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior a situação de saúde, seguindo o gradiente social. Essas iniquidades sistemáticas em saúde são evitáveis e, portanto são injustas, estabelecendo um imperativo ético a ser enfrentado. É um reconhecimento de que as iniquidades sociais em saúde estão matando os seres humanos em grande escala (CSDH, 2007).

Uma base conceitual para os determinantes sociais de saúde foi sintetizada a partir de diversos modelos construídos entre os anos de 1991 e de 2001. Esses modelos ilustram os possíveis caminhos pelos quais os determinantes sociais influenciam os desfechos em saúde. Desse modo, ficam explicitadas as conexões entre eles e as maneiras que reforçam as iniquidades em saúde entre grupos sociais, corroborando o gradiente social na saúde (CSDH, 2007, 2008).

Stronks e Gunning-Schepers argumentavam que a justiça social sustenta a ação sobre as iniquidades em saúde. “Uma sociedade justa é caracterizada por fornecer um alto grau de liberdade a todos os seus membros, especificamente a ‘liberdade positiva’ de escolher um plano de vida, dentre várias opções, que se adapte melhor ao conceito de ‘vida boa’ de um indivíduo”. Dessa forma, as políticas públicas de governo e de Estado deveriam focalizar os determinantes sociais objetivando equidade em saúde (STRONKS e GUINNING-SCHEPERS, 1993). A formulação de políticas públicas de saúde embasadas na equidade, “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamentos diferenciados, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes. Assim, indivíduos pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos que ricos” (VIANA, 2001, p. 16).

Mendes (1990) pondera como fundamental a análise da diversidade da população quanto aos seus problemas e acesso aos serviços sociais, sendo imprescindível a inserção do tema da equidade na saúde coletiva. Kadt e Tasca (1993), afirmam que a prática do conceito de equidade no setor saúde se realiza pela compreensão das chances de vida de certa população. As chances de vida remetem às condições socioeconômicas, socioambientais e políticas, enfim, determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado de uma população (CHIESA, WESTPHAL e KASHIWAGI, 2002).

Um modelo ampliado de determinação social da saúde, conforme Figura 3, sintetizou as categorias fundamentais dos determinantes sociais estruturais e intermediários de saúde.

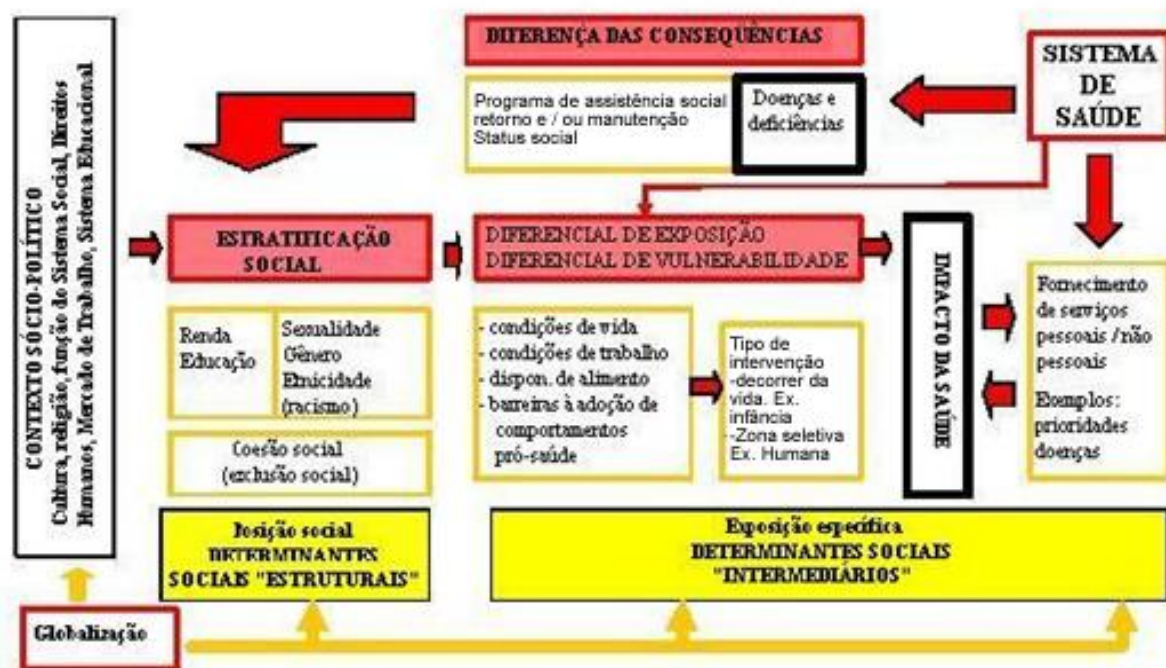


Figura 3 - Modelo ampliado proposto pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde

Fonte: CSDH, 2007.

Os determinantes sociais “estruturais” são aqueles que originam estratificação social. São fatores usualmente conectados à renda e à educação. Atualmente, é imprescindível compreender gênero e etnia como estratificadores sociais. Os determinantes sociais “intermediários” aparecem a partir da estratificação social subliminar, e produzem as diversidades na exposição às situações de saúde, incluindo as condições de vida, trabalho, alimentação e estilo de vida. O sistema de saúde também deve ser entendido como um determinante intermediário. A função do sistema de saúde torna-se fundamental pelo acesso aos serviços e pelo fomento da intersetorialidade na saúde. Esse modelo enfatiza o contexto sócio-político. O termo contexto abrange aspectos estruturais, culturais e funcionais que influenciam as oportunidades de saúde das populações (CSDH, 2007).

Os fatores contextuais importantes sobre a geração de iniquidades sociais podem diferir entre países. Em alguns países a religião é um fator fundamental. Como a estratificação social diversifica conforme o ambiente, determinadas políticas efetivas num contexto singular poderão não ter resultados impactantes em outro contexto (MARY, 2003). A singularidade imprescindível para o contexto pode variar conforme os determinantes sociais de saúde sobre os quais se quer atuar. O contexto deverá contemplar os sistemas políticos, participação social, transparência na administração pública; políticas macroeconômicas; políticas de trabalho, habitação e terra; políticas de educação, bem-estar social, promoção da saúde, água e esgoto (CASAS, 2003).

1.3 INIQUIDADES EM SAÚDE DA CRIANÇA

As iniquidades em saúde situadas no período pré e perinatal bem como na infância podem determinar precocemente as iniquidades reveladas nas populações de adolescentes e adultos. Os primeiros anos de vida podem influenciar todo o ciclo vital (KAWACHI e BERKMAN, 2000).

As evidências sobre os determinantes sociais da saúde demonstraram que as crianças são um grupo-alvo singularmente sensível à determinação social, pois as exposições sociais precoces programam os sistemas biológicos, podendo resultar em doença crônica na fase adulta. A promoção da saúde na infância deve desenvolver estratégias comunitárias para minimizar os riscos sociais e os desfechos em saúde da criança (HALFON et al., 2010). As iniquidades em saúde da criança no Brasil envolvem os determinantes sociais dos lugares onde elas vivem, tais como saneamento básico, moradia, serviços sociais, degradação ambiental e também escolaridade materna, renda, dentre muitas condições de vida. Ocorrem desigualdades socioeconômicas em todos os indicadores de saúde das crianças menores de 5 anos (VETTORE e LAMARCA, 2011).

No Canadá, as evidências de estudos demonstraram que as crianças são um grupo-alvo especialmente sensível aos determinantes sociais da saúde, sobretudo nos primeiros anos de vida. Exposições sociais precoces ficam gravadas na biologia humana podendo derivar em condição crônica tardiamente. Por isso, são

fundamentais as políticas intersetoriais para interromper os percursos entre os riscos sociais e o desfecho em saúde da criança (HALFON et al., 2010).

Estudos de monitoramento das condições de vida e situação de saúde que exploram dimensões contextuais, desenvolvidos em vários países, destacam a importância dessa abordagem na investigação socioambiental do risco do lugar nos resultados de saúde (GISSLER et al., 2000; ESER et al., 2005; VICTORA et al., 2005; GROSS e MCDERMOTT, 2009; HILLIER et al., 2009; ANDRZEJEWSKI et al., 2009; PEREIRA et al., 2010; ACUIN et al., 2011; FRASER, 2011; PAUL et al., 2011; VICTORA et al., 2011). O estudo de Andrews (2010) identificou que existe uma forte influência nas possíveis decisões das mães em viver em um determinado município pelas condições necessárias na criação de seus filhos, tais como, acesso aos serviços, recreação, transporte e trabalho. Essa preocupação das mães reflete a importância da compreensão da relação entre lugar e saúde da criança (ANDREWS, 2010).

Estudos da Tanzânia e Peru mostraram que fatores contextuais podem auxiliar a explicação de resultados de avaliação aparentemente conflitantes (VICTORA et al., 2005). Por exemplo, os programas sociais podem ter maior influência na melhoria da saúde materna e da criança do que os programas específicos de assistência materno-infantil (VICTORA et al., 2011). A região Nordeste do Brasil, que apresenta baixos índices de desenvolvimento social e econômico, com baixa oferta de serviços de educação, saneamento básico e saúde, possui as maiores taxas de mortalidade na infância em todos os quintis de renda, especialmente no primeiro quintil, quando comparadas às regiões do Centro-Sul para os anos 1990, 2000 e 2005 (CDSS, 2008).

1.4 GOVERNANÇA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A governança se refere à gestão do curso dos eventos num sistema social (BURRIS, DRAHOS e SCHEARING, 2005). Na configuração urbana, constitui-se no somatório das formas em que indivíduos e instituições, públicas e privadas, realizam o planejamento e a gestão dos assuntos comuns da cidade (UN HABITAT, 2002). Ela é imprescindível em qualquer programa para compreender e influenciar os

determinantes sociais de saúde (BURRIS, 2004). Embora, os dados sobre a relação entre política e saúde sejam limitados, existem evidências de que países controlados por partidos políticos com ideologias mais igualitárias tendem a ter uma maior redistribuição econômica e resultados mais equitativos em saúde (NAVARRO et al., 2006). A participação social na governança é um catalisador na capacitação das pessoas e pode ser visto como um caminho em busca de autonomia e engajamento social à saúde. Diante disso, as inovações de estratégias de governança são cruciais para a participação efetiva do cidadão, favorecida por processos mais democráticos de acesso às informações (MARMOT, 2006).

O objetivo central de uma boa governança deveria ser o desenvolvimento humano sustentável e promotor da equidade em saúde. Entende-se que para uma boa governança é imprescindível a participação comunitária e engajamento social; bem como a constituição de um governo interdepartamental; a intersectorialidade (interação e parcerias entre academia, governo, setor privado, sociedade civil); e a integração entre os níveis de governo (internacional/federal/estadual/municipal). O governo é somente um dos parceiros na implantação e implementação de políticas públicas (BURRIS, DRAHOS e SCHEARING, 2005).

Assim, na perspectiva da governança urbana, são considerados imprescindíveis a equidade; a segurança; a eficiência; a sustentabilidade; a descentralização; a transparência e a gestão responsável; além do compromisso cívico e cidadão. A equidade está relacionada ao acesso universal aos recursos básicos e à tomada de decisões. Cidades inclusivas facilitam o acesso à saúde, saneamento básico, educação, moradia, alimentação, emprego e serviços sociais com ênfase às pessoas mais vulneráveis. A sustentabilidade orienta as dimensões do desenvolvimento urbano. Desta forma, as cidades mais democráticas devem ponderar a sustentabilidade econômica e ambiental, além de promover a participação social nas suas decisões (UN HABITAT, 2002).

A participação social em saúde está pautada na inclusão de atores preocupados com o processo de avaliação das estratégias de promoção da saúde (WHO, 1998). A comunidade e organizações da sociedade civil, formuladores de políticas, profissionais e agências devem exercitar seu papel cidadão no controle social das políticas de desenvolvimento humano e promoção da saúde.

1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A política pública de saúde no Brasil manifestada no Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, possui na sua compreensão princípios convergentes teoricamente com as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, porém sem relação de influência histórica. Suas diretrizes contêm a descentralização e o controle social que fortalecem a intersetorialidade, consentindo que os profissionais de saúde reconheçam o território e a comunidade onde trabalham. No SUS, a promoção da saúde é tratada com foco nos fatores de determinação do processo saúde-doença-cuidado, dentre outros: a violência, o desemprego, a ausência de saneamento básico, a habitação inadequada, as barreiras no acesso à educação, a fome, a urbanização desordenada, qualidade do ar e da água; e fomentar maneiras ampliadas de intervenção em saúde (BRASIL, 1990 a,b, 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica, proposta por meio da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, divulga que necessitam ser peculiares ao processo de trabalho das equipes da atenção primária ampliar a intersetorialidade, a conexão com agendas sociais e outros setores para a promoção da saúde; e a assimilação de recursos humanos e materiais na comunidade que potencializem as ações intersetoriais. Dessa forma, as ações em saúde devem ampliar o seu intuito, levando em conta as necessidades de saúde e seus determinantes sociais, ou seja, atuando sobre as condições de vida e procurando ampliar as escolhas saudáveis pelos indivíduos e grupos sociais no lugar onde moram, vivem e trabalham (BRASIL, 2006a).

A promoção da saúde se pauta com a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental pela análise de situação da saúde. Isso ocorre pelo relacionamento entre as maneiras de viver de diferentes grupos sociais e as iniquidades existentes no processo saúde-adoecimento-cuidado (TEIXEIRA, 2002). Confirma-se o compromisso do processo de trabalho na saúde embasado na busca da equidade nas políticas públicas para o desenvolvimento humano. Contudo, permanece a lacuna de pesquisas para a avaliação de ações de promoção da saúde que contemplem a equidade, a participação social e a sustentabilidade. A Política

Nacional de Promoção da Saúde, disseminada em março de 2006, está embasada no conceito ampliado de saúde. Ela direciona estratégias para “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”, sendo que para isso é primordial minimizar as iniquidades sociais em saúde (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde fortalece “os compromissos assumidos pelo Brasil em sua legislação e, também, internacionalmente, como signatário das Metas de Desenvolvimento do Milênio propostas pela Organização das Nações Unidas” (UNMD, 2001). Ela busca a integração de políticas públicas. A Promoção da Saúde é uma ação direcionada à melhoria na qualidade de vida das populações. Uma abordagem mais equitativa da Promoção da Saúde, a qual reconheça a importância dos determinantes sociais, políticos e ambientais de saúde, é imprescindível. Equipes multidisciplinares são requisitos essenciais para que esta abordagem seja bem sucedida em alcançar as mudanças sustentáveis em saúde (BRASIL, 2006b).

É importante que os profissionais, gestores da saúde e comunidades se familiarizem com essa grande mudança no modelo da Promoção da Saúde interconectada com o Desenvolvimento Humano. Só assim, poderão rever suas atribuições para o trabalho multiprofissional, embasados nas evidências sobre a efetividade de ações de Promoção da Saúde humana e planetária.

2 PROPOSIÇÃO

A ação sobre os determinantes sociais de saúde é fundamental na definição de políticas intersetoriais e de saúde. Apesar das políticas sociais atuarem sobre os determinantes sociais da saúde, ainda há uma carência de análises que demonstrem o quanto as suas estratégias têm colaborado para o desenvolvimento humano e melhorado as condições de vida e saúde das populações. “A saúde é fator fundamental para o desenvolvimento, cujos efeitos corroboram para uma vida saudável” (AKERMAN, 2006). Com relação a isso, Campos et al. (2004) argumentam que o setor saúde, em presença dos problemas da população, amplia sua visão e práticas. Esse processo de ampliação constrói outras formas de atuação dos profissionais de saúde até a efetividade das ações de cuidado à população, assim como pelo compromisso e empenho dos gestores.

Como afirmam Soares et al. (2001), “os dados de importância para a análise de situação de saúde incluem os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça), os dados sócio-econômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), além dos dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo)”. Verifica-se, portanto, a importância de se analisar a implantação de políticas de saúde e também os determinantes sociais da saúde verificados na associação entre indicadores contextuais de Desenvolvimento Sustentável e a saúde da criança. Esta análise poderá apoiar a decisão de gestores na busca de atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Tal proposição está em concordância com Akerman quando em 2006 afirma que “conhecer nexos causais, poder intervir sobre eles; prolongar a vida, lidando com as adversidades do meio ambiente e desenvolvendo sistemas de saúde que permitam atuar na prevenção e cura de doenças, liberta o homem, permitindo-lhe expandir a vida como potência”.

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi construir um Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde, e utilizá-lo como referencial para analisar situações vinculadas à formulação de políticas de saúde. A primeira situação focaliza as associações de indicadores contextuais de Desenvolvimento Sustentável com o desfecho em saúde da criança. Na segunda, analisa-se a

inclusão de valores conceituais do desenvolvimento humano e promoção da saúde nos documentos da VIII Conferência e do Plano de Saúde do município de São José dos Pinhais.

Espera-se que esta pesquisa contribua para a formulação, implementação, monitoramento, avaliação, governança e sustentabilidade de políticas públicas equitativas com ênfase em estratégias populacionais de desenvolvimento humano e promoção da saúde. Também auxilie a aprofundar análises do impacto de políticas públicas que atuem nos determinantes sociais da saúde. Como consequência desta problematização e proposição, três artigos foram elaborados, constituindo o corpo de desenvolvimento da presente tese.

3 ARTIGO UM

MODELO CONCEITUAL PARA DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA SAÚDE (*)

(*) Artigo submetido à Revista:

Health Promotion International

RESUMO

O principal objetivo deste estudo foi analisar as interfaces entre sustentabilidade, governança e equidade sob a perspectiva da construção de um modelo conceitual para desenvolvimento humano e promoção da saúde. Foi conduzida uma revisão crítica e sistemática das publicações indexadas no período dos anos 2000 a 2011, com os descritores de ciências da saúde que, por suas definições, se aproximam dos conceitos de sustentabilidade, governança e equidade obtidas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, IBECs, MEDLINE, SciELO e Biblioteca Cochrane). O material coletado foi sistematizado e analisado na perspectiva do desenvolvimento humano e promoção da saúde, contrapondo com uma análise documental de registros oficiais da Política Brasileira de Promoção da Saúde. Verificou-se que para a governança e sustentabilidade de políticas públicas pró-equidade é imprescindível a integração dos governos com o setor privado e a sociedade civil. Isto foi corroborado pela premissa indicada pelo marco da sustentabilidade que orienta as dimensões do desenvolvimento humano e possui forte ligação com os processos de governança em saúde. A efetiva continuidade das políticas de promoção da saúde aliadas ao desenvolvimento sustentável são caracterizadas por processos inclusivos com resultados impactantes sobre uma população. Desta forma, cidades inclusivas precisam de políticas públicas equitativas que favoreçam o acesso à saúde e aos serviços sociais com ênfase em pessoas mais vulneráveis. Além disso, o empoderamento e a participação pró-ativa dos cidadãos na consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro representam uma perspectiva de governança para a transparência, responsabilidade e sustentabilidade do desenvolvimento humano e promoção da equidade em saúde.

Palavras-chave: Desenvolvimento Sustentável. Promoção da Saúde. Participação Comunitária. Equidade.

INTRODUÇÃO

Este trabalho partiu do pressuposto de que a sustentabilidade, a governança e a equidade possuem interfaces de uma mesma realidade quando se almeja o desenvolvimento humano e a promoção da saúde. Diante disto, questionaram-se quais seriam as fundamentais inter-relações teórico-conceituais entre sustentabilidade, governança e equidade, sob a perspectiva da relação desenvolvimento-saúde.

O conceito de desenvolvimento humano vincula-se com a promoção da saúde quando este é entendido como sendo o processo pelo qual uma sociedade melhora as suas condições de vida e cria um entorno em que são respeitados os direitos humanos (Elizalde, 2003), apoiado pela ampliação das liberdades reais que o ser humano pode usufruir (Sen, 2000). Nesse sentido, políticas de promoção da saúde, assim como projetos que cumpram os direitos humanos e que norteiem o desenvolvimento sustentável, exigem a integração dos governos federal, estaduais e municipais, com o setor privado e a sociedade civil, para a sua governança e sustentabilidade. São exemplos destas ações no campo da saúde pública, os avanços científicos, as transformações na oferta e acesso aos serviços de saúde e as ações intersetoriais com foco no desenvolvimento humano e na promoção da saúde (Elizalde, 2003).

Uma medida de desenvolvimento humano, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) combina três dimensões que estão inter-relacionadas com a promoção da saúde: vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e renda digna (Anand e Sen, 1994). Um modelo produzido por Hancock (1993) argumenta que o desenvolvimento humano é o centro das interações entre ambiente adequado para viver, equidade, eficiência, prosperidade econômica, convívio comunitário, qualidade do ambiente construído, cultura vibrante e ambiente natural sustentável para a promoção de uma comunidade saudável.

Neste estudo, analisaram-se as interfaces entre sustentabilidade, governança e equidade sob a perspectiva da construção de um modelo conceitual que reforce a conexão entre políticas voltadas para o desenvolvimento humano e a promoção da

saúde, contrapondo com uma análise documental de registros oficiais da Política Brasileira de Promoção da Saúde.

MÉTODO

Este trabalho analisou a literatura por meio de uma revisão crítica e sistemática das publicações indexadas com os termos dos descritores de ciências da saúde que, por suas definições, se aproximam dos conceitos de sustentabilidade, governança e equidade com foco no desenvolvimento humano e na promoção da saúde. Foram feitas buscas eletrônicas com os seguintes termos e suas respectivas traduções para o português, espanhol e inglês: desenvolvimento sustentável (desarrollo sustentable / sustainable development); participação comunitária (participación comunitaria / consumer participation); e equidade (equidad / equity); interconectados com a expressão booleana “AND”.

A pesquisa foi realizada incluindo todos os índices e todas as fontes integradas à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS, IBECs, MEDLINE, SciELO e Biblioteca Cochrane). O material coletado foi analisado, considerando-se os conceitos pesquisados de sustentabilidade, governança, desenvolvimento humano, equidade e promoção da saúde. A busca eletrônica estabeleceu o período dos anos 2000 a 2011, sendo os dados gravados em 30 de maio de 2011. O material coletado foi sistematizado e analisado na perspectiva do desenvolvimento humano e promoção da saúde, contrapondo com uma análise documental de registros oficiais da Política Brasileira de Promoção da Saúde.

Foram obtidos 388 artigos indexados com os descritores pesquisados. Destes, após leitura crítica, restaram 35 artigos que possuíam foco de acordo com o objeto de estudo proposto no presente trabalho, ou seja, que abordaram as políticas direcionadas para o desenvolvimento humano e a promoção da saúde. Também foram obtidos artigos que não se enquadraram nos critérios de busca da revisão sistemática, mas que foram considerados imprescindíveis no estudo da temática

pesquisada por serem muito citados como referências na literatura especializada, dos quais segue a análise crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DETERMINANTES SOCIAIS E EQUIDADE EM SAÚDE

O conceito de determinantes sociais de saúde surgiu devido às limitações das intervenções sobre a saúde, quando guiadas somente pelo risco de doença nos indivíduos. Desta forma, para compreender e melhorar a saúde, é necessário focalizar nas populações, com pesquisas, ações e políticas direcionadas à sociedade, aos fatores de risco individuais e aos padrões e modelos sociais que moldam as chances das pessoas serem saudáveis. A atenção médica não é o principal fator de auxílio à saúde das pessoas (Mckeown, 1979).

A interconexão saúde-desenvolvimento foi afirmada no documento elaborado pela Comissão Internacional de Determinantes Sociais de Saúde, vinculada a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008), criticando a visão utilitarista na qual a saúde é apenas um recurso para o desenvolvimento econômico e reafirmando que as condições socioeconômicas podem, também, determinar os resultados de saúde de uma população. Quanto maior a pobreza, mais altos são os níveis de doença e mortalidade prematura, ou seja, quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior a situação de saúde, seguindo um gradiente social.

Uma base conceitual para análise e ação sobre determinantes sociais de saúde foi proposta pelos membros da citada Comissão. Ela ilustra os caminhos pelos quais os determinantes sociais afetam os desfechos em saúde, explicitando as ligações entre os mesmos e os modos como contribuem para as iniquidades em saúde entre grupos em sociedade, fortalecendo a evidência crescente de estratificação social na situação de saúde (WHO, 2008). Whitehead considera que as iniquidades em saúde correspondem às diferenças sistemáticas, produzidas socialmente e por isso são evitáveis e injustas (Whitehead, 2000).

A formulação de políticas de governo e de estado baseadas no princípio de equidade, “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem

tratamentos diferenciados, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes. Assim, pessoas pobres necessitam de mais recursos públicos” (Viana, 2001). Diante disso, a análise das diferenças existentes na população quanto ao acesso aos serviços de saúde deve incorporar a equidade na priorização das ações coletivas. A concretização do conceito de equidade nas ações de promoção da saúde deve contemplar a análise das “chances de vida” de determinada população, incorporando os determinantes socioeconômicos, ambientais e políticos da saúde da população e não somente fatores de risco, especificados nos aspectos biológicos e individuais (Kadt e Tasca, 1993; Chiesa et al., 2002).

Desta forma, uma possível interface entre sustentabilidade e governança se relaciona com as políticas de governo e de Estado orientadas para a ação sobre os determinantes sociais do desenvolvimento humano e da promoção da saúde, ilustrada na Figura 1.

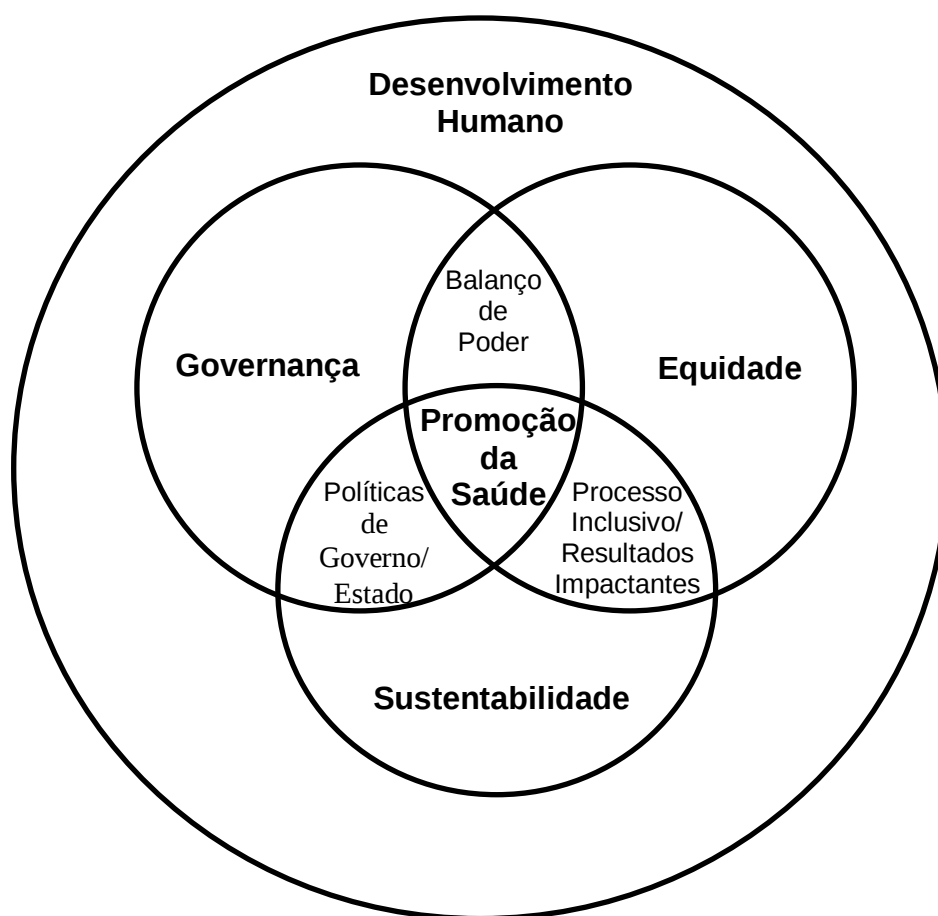


Figura 1 – Modelo Conceitual para Desenvolvimento e Promoção da Saúde.

SUSTENTABILIDADE E GOVERNANÇA: POLÍTICAS DE GOVERNO E DE ESTADO NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL

Iniciativas de promoção da saúde caracterizam-se por sua concepção holística, intersetorialidade, empoderamento comunitário, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 2000). A política de promoção da saúde envolve abordagens diversas, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país (WHO, 1986).

A política pública de saúde no Brasil é traduzida no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado legalmente pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. Ela tem na sua concepção diversos fundamentos coincidentes conceitualmente com as conferências mundiais de promoção da saúde. Suas diretrizes incluem a descentralização e o controle social que favorecem o fortalecimento de ações intersetoriais, permitindo que os profissionais de saúde conheçam o território e a comunidade onde atuam. O controle social é exercido pela participação social nas Conferências, formalizado no Plano de Saúde e Relatórios de Gestão e, nos Conselhos de Saúde, possibilitando a construção de uma interconexão entre Estado e sociedade em busca de uma governança democrática. O controle social tem sido fortalecido pela descentralização da saúde no Brasil, reduzindo o clientelismo local e fomentando o parecer do corpo técnico e as propostas dos conselhos e das conferências de saúde. No SUS as estratégias de promoção da saúde são retomadas como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença-cuidado como a violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água deteriorada; potencializando formas mais amplas de intervir em saúde e favorecer o desenvolvimento humano (Brasil, 1990a,b, 2006a,b).

A Política Nacional da Atenção Básica sintetizou um processo histórico que se institucionalizou com a incorporação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 e do Programa Saúde da Família em 1994 na Norma Operacional Básica de 1996. O Programa Saúde da Família eleva-se de um Programa do governo federal em 1998 para ser uma Estratégia de Estado, denominada de

Estratégia Saúde da Família, como reorientadora da Atenção Básica e estruturante da organização do SUS. A Política de Atenção Básica, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 648 de 28 de março de 2006, promulga que devem ser características do processo de trabalho das equipes de atenção básica desenvolver ações intersetoriais, a integração com projetos sociais e setores afins - agendas sociais convergentes de desenvolvimento local - voltados para a promoção de saúde; e a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais, sendo atribuições de todos os profissionais das equipes de saúde. Propõe-se, então, que as ações sejam planejadas de acordo com as necessidades de saúde da população alvo, levando-se em conta seus determinantes sociais, impactando as condições de vida e facilitando as escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (Brasil, 2006a). Deste modo, a promoção da saúde se relaciona com a vigilância em saúde por meio da análise de situações de saúde, vinculando processos de trabalho do setor saúde a políticas de governo e de Estado pró-equidade e seus resultados no desenvolvimento humano (Teixeira, 2002).

A Política Brasileira de Promoção da Saúde, lançada em março de 2006, referenciada no conceito ampliado de saúde, aponta estratégias para “promover o desenvolvimento humano e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes sociais – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” – sendo que para isto é fundamental minimizar as iniquidades étnicas, sociais, regionais, de gênero, sexual dentre outras. Isto reforça o reconhecimento da saúde como resultante de vários determinantes, entre eles os socioambientais. Percebe-se que os encontros de diferentes saberes, sejam eles científicos, políticos ou populares, articulados pelos vários atores sociais envolvidos na sua construção, por meio da autonomia individual e coletiva, são caminhos para a efetividade das ações promotoras da saúde e do desenvolvimento humano (Brasil, 2006b).

A intersetorialidade é compreendida como uma articulação das possibilidades dos distintos setores em pensar a questão complexa da saúde, de se responsabilizarem pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de se mobilizarem na formulação de intervenções que a propiciem. Entende-se,

portanto, que as políticas de governo e de estado são dispositivos na construção de sinergia entre as políticas, planos e estratégias formuladas pelos diferentes setores e em todos os níveis de governo, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à melhoria da qualidade de vida e do desenvolvimento humano (Brasil, 2006a,b).

Assumindo que um dos principais fundamentos da promoção de saúde é o desenvolvimento de ações destinadas às necessidades da população, estudos têm apontado para a variação da saúde entre pessoas e sociedades (Viana, 2001; Chiesa et al., 2002; Moyses et al., 2003; Bueno et al., 2010). Além disto, altos custos e intervenções ineficazes associadas a uma prática individualista e curativista, tem sido relacionados com iniquidades em saúde e controle de doenças. Nesta perspectiva, a sustentabilidade de ações intersetoriais em promoção da saúde pode ser referenciada como inovação de “institucionalidades” envolvendo atores e instituições na busca de parcerias amplas e contínuas. Segundo St Leger, existe uma necessidade de estudos com maior profundidade e uma definição de indicadores para o monitoramento da sustentabilidade de ações de promoção da saúde (St Leger, 2005). Os projetos se sustentam quando existe um planejamento, um monitoramento contínuo utilizando indicadores e um retorno destas informações para os participantes, enfim, uma avaliação constante (Chalmers et al., 2003). Também, eles se sustentam quando se articulam intersetorialmente com o desenvolvimento local à promoção da saúde (Nguyên et al., 2005). Outro aspecto importante, relacionado à manutenção de projetos é a motivação de profissionais quando existe uma percepção da importância de sua execução para a instituição na qual trabalham (Tountas et al., 2004).

As parcerias, o planejamento intersetorial e as redes sociais são fundamentais em diferentes contextos na sustentabilidade de ações de promoção da saúde (Nchinda, 2003; Mendes et al., 2004; Reinfurt, 2004; Cramer et al., 2006). As alianças, a participação social, a inclusão de lideranças e o empoderamento comunitário, aliados à destinação de recursos e suporte organizacional, são também essenciais na sustentabilidade das ações promotoras da saúde (Moyeses et al., 2004; Dressendorfer, et al., 2005; Salazar, 2005; Tang et al., 2005).

Entende-se que a promoção da saúde se conforma em duas dimensões: a intersectorialidade, compreendida como consonância de ações de diferentes setores governamentais e não-governamentais; e a participação social, que ocorre em diversos contextos na perspectiva da gênese de redes sociais promotoras de qualidade de vida e desenvolvimento humano. É por meio de políticas de governo e de Estado e de ações intersectoriais e participativas que se estabelece a prática de promoção da saúde. No seu sentido mais amplo, portanto, promover a saúde significa melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento humano, o que se revela em um conjunto de princípios e atitudes direcionados a aumentar a capacidade de indivíduos, populações e organizações para atuar sobre os determinantes sociais do desenvolvimento humano e da promoção da equidade em saúde (Canoistrini et al., 2009).

GOVERNANÇA E EQUIDADE EM SAÚDE

A governança se refere à gestão do curso dos eventos em um sistema social (Burris et al., 2005). Na configuração urbana, se constitui no somatório das formas que indivíduos e instituições, públicas e privadas, realizam o planejamento e a gestão dos assuntos comuns da cidade (UN HABITAT, 2002). Ela é considerada essencial em qualquer programa para compreender e influenciar os determinantes sociais de saúde (Burris, 2004). Existem evidências que países controlados por partidos políticos com ideologias mais equitativas tendem a ter uma governança democrática com maior redistribuição econômica e resultados impactantes com mais equidade em saúde (Navarro et al., 2006; Borrel e Artazcoz, 2008). A participação na governança é um catalisador na capacitação das pessoas e pode ser vista como um caminho em busca de autonomia e engajamento social à saúde. Diante disto, as inovações em estratégias de governança são cruciais para a participação efetiva dos cidadãos, favorecidas por processos mais democráticos de acesso às informações e empoderamento individual e comunitário (Marmot, 2006).

O objetivo central de uma boa governança deveria ser o desenvolvimento humano e promotor da equidade em saúde. Entende-se que para uma boa governança é imprescindível o empoderamento individual e comunitário, a

participação comunitária e engajamento social; a constituição de um governo como um todo (interdepartamental); a intersectorialidade (interação e parcerias entre academia, governo, setor privado, sociedade civil); e a integração entre os níveis de governo - internacional/federal/estadual/municipal (Burris et al., 2007). Além disso, para a governança urbana espera-se equidade; segurança; eficiência; sustentabilidade; descentralização; transparência e gestão responsável; além de compromisso cívico e cidadão (UN HABITAT, 2002).

Portanto, uma possível interface entre governança e equidade se refere ao balanço de poder que representa o resultado da participação social e do empoderamento individual e comunitário, esquematizada na Figura 1. O empoderamento pode ser compreendido como um processo de ação social de indivíduos e grupos nas comunidades para aumentar o controle sobre a vida e facilitar a transformação de condições individuais, sociais e materiais constituindo-se em uma estratégia de melhoria da saúde e redução das iniquidades em saúde (Wallerstein, 1992, 2002).

SUSTENTABILIDADE E PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Etimologicamente, sustentabilidade vem do latim *sustentare* que quer dizer sustentar, suster, suportar, manter, consolidar, resistir. Segundo Sachs (1993), trata-se de um conceito polissêmico, dinâmico e historicamente construído com base nas dimensões social, econômica, geográfica ou espacial, ecológica e cultural.

O termo desenvolvimento sustentável, surge no relatório de Brundtland em 1987, tentando incorporar o conceito de sustentabilidade ao de desenvolvimento, como “aquele que responde às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras em atender às suas próprias necessidades”. Entretanto, críticas a incorporação deste conceito aos discursos de governança evidenciavam maior ênfase ao desenvolvimento em detrimento da sustentabilidade (CMMAD, 1991).

Quando o conceito de sustentabilidade se associa ao de promoção da saúde, ele se revela também como continuidade, manutenção, institucionalização,

incorporação, integração de políticas, ações e de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento sustentável (Junqueira, 2000; Ribeiro e Gunter, 2002; Zancan et al., 2002).

A sustentabilidade das ações de Promoção da Saúde tem sido pauta de discussões (Pluye, et al., 2004; Swerissen e Crisp, 2004; St Leger, 2005). O processo de implementação destas ações de promoção da saúde ganha especial importância em função dos ganhos agregados ao estabelecimento de alianças intersetoriais (Saunders et al., 2005). A sustentabilidade associada à promoção da saúde possui duplo sentido, na implantação de ações saudáveis e sustentáveis e na permanência de processos inclusivos. Diante disto, a continuidade da política de promoção da saúde aliada ao desenvolvimento sustentável é fundamental, visto que se trata de iniciativas de natureza complexa englobando processos inclusivos de mudança coletiva com resultados impactantes em médio e longo prazo sobre uma sociedade (Ziglio et al., 2000). Também estão associadas às melhoras sustentáveis em saúde e redução de iniquidades por meio de ações direcionadas aos determinantes sociais (Watt, 2006).

Uma possível interface entre sustentabilidade e equidade em saúde se refere ao processo inclusivo e resultados impactantes como importante componente a ser avaliado no campo da promoção da saúde, conforme Figura 1. As ações de promoção da saúde que possuem sustentabilidade visando equidade devem se basear em um processo inclusivo e participativo. Também devem possuir ações de desenvolvimento capazes de promover auto-sustentação e autonomia da população excluída (Canoistrini et al., 2009). Além disso, devem incluir metodologias de monitoramento e avaliação de processos, resultados e impacto dos programas implementados (Akerman et al., 2002).

Com base nas reflexões do referencial teórico aqui exposto, configura-se um Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde (Figura 1), o qual pode facilitar a compreensão da complexidade no campo da formulação de políticas a partir da interação conceitual de princípios e valores ligados à promoção da saúde e desenvolvimento humano.

CONCLUSÃO

Verificou-se, por meio de uma revisão crítica e sistemática dos conceitos abordados, que é necessário a integração dos governos com o setor privado e a sociedade civil para a governança e sustentabilidade de políticas públicas pró-equidade. Isto é reafirmado pela premissa do marco da sustentabilidade que norteia as dimensões do desenvolvimento humano e possui forte ligação com os processos de governança em saúde. Diante disto, a efetiva continuidade das políticas de promoção da saúde conectada ao desenvolvimento sustentável deve se caracterizar por processos inclusivos com resultados impactantes sobre uma população. Desta forma, cidades inclusivas precisam de políticas públicas equitativas que favoreçam o acesso à saúde e aos serviços sociais com ênfase às pessoas mais vulneráveis. Além disso, o empoderamento e a participação pró-ativa dos cidadãos na consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro representam uma perspectiva de governança centrada na transparência, responsabilidade e sustentabilidade do desenvolvimento humano e à promoção da equidade em saúde.

Uma abordagem mais equitativa da promoção da saúde, a qual reconheça a importância dos determinantes sociais, políticos e ambientais de saúde é fundamental para alcançar o desenvolvimento humano de forma sustentável. É importante que os profissionais, gestores da saúde e comunidades se familiarizem com um novo modelo de desenvolvimento humano e promoção da saúde. Isto pode apoiá-los na revisão de papéis e definição de metas mais apropriadas para o trabalho multiprofissional, com base nas melhores evidências disponíveis sobre a sustentabilidade, governança e equidade de ações de desenvolvimento e promoção/produção da saúde humana e planetária.

REFERÊNCIAS

Akerman, M., Mendes R. and Bogus, C. M. (2002) Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Revista de Saúde Pública*, 36(5), 638-46.

Anand, S. and Sen, A. (1994) *Human Development: Methodology and Measurement*. New York: World Bank.

Borrel, C. and Artazcoz, L. (2008) Las políticas para disminuir las desigualdades em salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-73.

Brasil (1990a) Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990a; 19 set.

Brasil (1990b) Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990b; 31 dez.

Brasil (2006a) Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 60 p.

Brasil (2006b) Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 59 p.

Bueno, R. E., Moyses, S. J. and Moyses, S. T. (2010) Millennium development goals and oral health in cities in southern Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38, 197-205.

Burris, S. (2004) Governance, microgovernance and health. *Temple Law Review*, 77, 334–62.

Burris, S., Drahoš, P. and Shearing, C. (2005) Nodal governance. *Australian Journal of Legal Philosophy*, 30, 30–58.

Burris S., Hancock, T., Herzog, A. and Lin V. (2007) Emerging strategies for healthy urban governance. *Journal of Urban Health*, 84(1), 154-63.

Canoistrini, S., McQueen, D. V. and Evans, L. (2009) Health Promotion and Surveillance: the establishment of an IUHPE Global Working group. *Global Health Promotion*, 16(4), 58-60.

Chalmers, M. L., Housemann, R. A., Wiggs, I., Newcomb-Hagood, L., Malone, B. and Brownson, R. C. (2003) Process evaluation of the monitoring log system for community coalition activities-five year results and lessons learned. *American Journal of Health Promotion*, 17(3), 190-6.

Chiesa, A. M., Westphal, M. F. and Kashiwagi, N. M. (2002) Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(5).

CMMAD - Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1991) *Nosso Futuro Comum*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 430 p.

Cramer, M. E., Atwood, J. R. and Stoner, J. A. (2006) A conceptual model for understanding effective coalitions involved in health promotion programming. *Public Health Nursing*, 23(1), 67-73.

Dressendorfer, R. H., Raine, K., Dyck, R. J., Plotnikoff, R. C., Collins-Nakai, R. L., McLaughlin, W. K., et al. (2005) A conceptual model of community capacity development for health promotion in Alberta Heat Health Project. *Health Promotion Practice*, 6(1), 31-6.

Elizalde, A. (2003) *Desarrollo Humano y Ética para la Sustentabilidad*. México: PNUMA, Universidad Bolivariana (Chile), 168 p.

Hancock, T. (1993) Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. *Health Promotion International*, 8, 41-47.

Junqueira, R. G. P. (2000) Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, 34(6): 117-30.

Kadt, E. and Tasca, R. (1993) *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo/Salvador: HUCITEC/Cooperativa Italiana em Saúde.

Marmot, M. (2006) Health in an unequal world. *Lancet*, 368, 2081–94.

Mckeown, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Basil Blackwell, 1979.

Mendes R., Bogus, C. M. and Akerman, M. (2004) Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 47-55.

Moyses, S. J., Moyses, S. T. and Krempel, M. C. (2004) Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba / Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-41.

Moyses ST, Moyses SJ, Watt RG and Sheiham, A (2003) Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International*, 18(3), 209-18.

Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Águeda, Q., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2006) Politics and health outcomes. *Lancet*, 368, 1033-37.

Nchinda, T. C. (2003) Research capacity development for CVD prevention: the role of partnerships. *Ethnicity and Disease*, 13(2), 40-4.

Nguyễn, M. N., Gauvim, L., Martineau, I. and Grigon, R. (2005) Sustainability of the impact of a public health intervention: lessons learned from the laval walking clubs experience. *Health Promotion Practice*, 6(1), 44-52.

Pluye, P., Potvin, L. and Denis J.L. (2004) Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.

Reinfurt, D. W. (2004) Documenting the sustainability of a mature click it or ticket program: the North Carolina experience. *Journal of Safety Research*, 35(2), 181-8.

Ribeiro, H. and Gunther, W. M. R. (2002) A integração entre a educação ambiental e o saneamento ambiental como estratégia para a promoção da saúde e meio ambiente sustentado. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 8p.

Sachs, I. (1993) Estratégias de transição para o século XXI. In: Bursztyn, M. (Org.) Para pensar o desenvolvimento sustentável. São Paulo: Brasiliense, 29-56.

Salazar, L. (2005) Building capacity for risk factor surveillance in developing countries: a new approach. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 5(1), 33-7.

Saunders, R. P., Evans, M. H. and Joshi, P. (2005) Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promotion and Practice*, 2, 134-47.

Sen, A. (1999) *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

St Leger, L. (2005) Questioning sustainability in health promotion. *Health Promotion International*, 20(4), 317-9.

Swerissen, H. and Crisp, B. R. (2004) The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, 19(1), 123-30.

Tang, K.C., Nutbeam, D, Kong, L., Wang, R. and Yan, J. (2005) Building capacity for health promotion- a case study from China. *Healthh Promotion International*, 20(3), 285-95.

Teixeira, C. (2002) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador, BA: CEPS/ISC.

Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N. and Triantafyllou, D. (2004) Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453:62.

UN HABITAT (2002) The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper: Nairobi, UN Habitat, 2nd ed.

Viana, S. M., et al. (2001) Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224 p.

Wallerstein, N. (1992) Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes. American Journal of Health Promotion, 6, 197-205.

Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. Scandinavian Journal of Public Health, 30(59), 72-77.

Watt, R.G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S.S., Kay, E., Morgan, A., et al. (2006) Evaluating Oral Health Promotion: Need for Quality Outcome Measures. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 34, 11-17.

Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office from Europe.

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneve: WHO.

WHO - World Health Organization (1986) The Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

WHO - World Health Organization (2000) Educational for Health: A manual on health education in primary health care. World Health Organization, Geneva.

Zancan, L., Boldstein, R. and Marcondes, W. B. (2002) Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro:ABRASCO, 280p.

Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S. and Levin, L. (2000) Inversión en favor de la salud. In: Conferência Mundial de Promoción de la Salud, WHO.

4 ARTIGO UM EM INGLÊS

CONCEPTUAL MODEL FOR HUMAN DEVELOPMENT AND HEALTH PROMOTION IN BRAZIL (*)

(*) Article submitted to the Journal:

Health Promotion International

ABSTRACT

The main purpose of this study was to analyse the interfaces between sustainability, governance and equity from the perspective of the construction of a conceptual model for human development and health promotion. A critical and systematic review was made of publications indexed between the years 2000 and 2011 on the databases of the Virtual Health Library (LILACS, IBECs, MEDLINE, SciELO and Cochrane Library) with health sciences descriptors which, by definition, are related to the concepts of sustainability, governance and equity. The material collected was systematized and analysed from the perspective of human development and health promotion and compared with a documental analysis of official records of the Brazilian Health Promotion Policy. It was found that in order to achieve governance and sustainability of pro-equity public policies the integration of governments with the private sector and civil society is essential. This was corroborated by the premiss indicated by concept of sustainability that guides the dimensions of human development and has strong links with health governance processes. The effective continuity of health promotion policies allied to sustainable development are characterized by inclusive processes the results of which have impacts on a given population. As such, inclusive cities need equitable public health policies that favour access to health and social services with emphasis on more vulnerable people. Furthermore, the empowerment and the proactive participation of citizens in the consolidation of the Brazilian National Health system represent a governance perspective for the transparency, accountability and sustainability of human development and the promotion of equity health.

Keywords: Sustainable Development. Health Promotion. Consumer Participation. Equity.

INTRODUCTION

This study was based on the assumption that sustainability, governance and equity have interfaces with a shared reality when the aim is human development and health promotion. In view of this, the question was raised as to what would be the fundamental theoretical and conceptual interrelations between sustainability, governance and equity, from the perspective of the development-health connection.

The concept of human development is linked to health promotion when the latter is understood to be the process by which a society improves its living conditions and creates an environment in which human rights are respected (Elizalde, 2003), supported by the broadening of the real freedoms that mankind can enjoy (Sen, 2000). As such, health promotion policies, as well as projects that uphold human rights and guide sustainable development, require the integration of federal, state and municipal governments with the private sector and civil society in order to achieve their governance and sustainability. Examples of these actions in the field of public health include scientific progress, the transformations in the supply of and access to health services and intersectoral actions focused on human development and health promotion (Elizalde, 2003).

As a measure of human development, the Human Development Index (HDI) combines three dimensions interrelated with health promotion: long and healthy lives, access to knowledge and decent income (Anand and Sen, 1994). A model produced by Hancock (1993) argues that human development is at the centre of the interactions between an adequate living environment, equity, efficiency, economic prosperity, community life, quality of the built environment, vibrant culture and a sustainable natural environment in order to promote a healthy community.

In this study the interfaces between sustainability, governance and equity were analysed from the perspective of the construction of a conceptual model that reinforces the connection between public policies on human development and health promotion, compared with a documental analysis of official records of the Brazilian Health Promotion Policy.

METHOD

This study analysed the literature by means of a critical and systematic review of the publications indexed with the terms used by health sciences descriptors which, by definition, are related to the concepts of sustainability, governance and equity focussed on human development and health promotion. Electronic searches were made using the following terms and their respective translations in Spanish and Portuguese: sustainable development (desarrollo sustentable / desenvolvimento sustentável); consumer participation (participación comunitaria / participação comunitária); and equity (equidad / equidade); interconnected with the Boolean expression “AND”.

The study was performed using all the indices and all the sources contained in the database of the Virtual Health Library of the Latin American and Caribbean Centre on Health Sciences Information (LILACS, IBECs, MEDLINE, SciELO and Cochrane Library). The material collected was analysed taking into consideration the concepts studied (sustainability, governance, human development, equity and health promotion) and then compared with a documental analysis of official records on the Brazilian health promotion policy. The electronic search covered the period between 2000 and 2011 and the data were saved on May 30th 2011.

388 articles indexed with the descriptors searched were obtained. Following a critical analysis, the focus of 35 of these 388 articles was found to be in accordance with the object of the study proposed, i.e., dealing with policies aimed at human development and health promotion. Articles were also obtained which, although they did not meet the search criteria used in the systematic review, were considered to be indispensable for the study in question owing to their being frequently quoted as references in the specialized literature. The critical analysis is made in the following section.

RESULTS AND DISCUSSION

SOCIAL DETERMINANTS AND HEALTH EQUITY

The concept of social determinants of health arose as a result of the limitations of health interventions based solely on individuals' risk of illness. As such, in order to gain a better understanding of health, the need exists to focus on populations, with research and policy actions aimed at societies, individual risk factors and social standards and models that contribute to the chances of people being healthy. Medical care is not the principal factor underlying people's health (McKeown, 1979).

The interconnection between health and development was asserted in the document prepared by the International Commission on Social Determinants of Health, set up by the World Health Organization (WHO, 2008), which criticized the utilitarian view that health is merely a resource for economic development and stated that socio-economic conditions can also determine the health outcomes of a population. The more poverty there is, the higher the levels of disease and premature mortality, i.e., the lower the socio-economic position, the worse the health status, following a social gradient.

The members of the Commission mentioned above proposed a conceptual basis for analysis and action in relation to social determinants of health. This basis illustrates the ways in which social determinants affect health outcomes, explaining the links between them and the manners in which they contribute to health inequities between groups in society, strengthening the growing evidence of the social stratification of health status (WHO, 2008).

The formulation of government and State policies based on the principle of equity "recognizes that individuals are different from each other and, therefore, deserve differentiated treatment, so as to eliminate/reduce existing inequalities. Poor people therefore need more public resources" (Viana, 2001). As such, the analysis of the differences found in the population regarding access to health services should incorporate equity when prioritizing collective actions. The consolidation of the concept of equity in health promotion actions should contemplate the "life-chances" of a given population, incorporating its socio-economic, environmental and political

health determinants and not just specific biological and individual risk factors (Kadt and Tasca, 1993; Chiesa et al., 2002).

In this way a possible interface between sustainability and governance is related to government and State policies aimed at acting on the social determinants of human development and health promotion as illustrated in Figure 1.

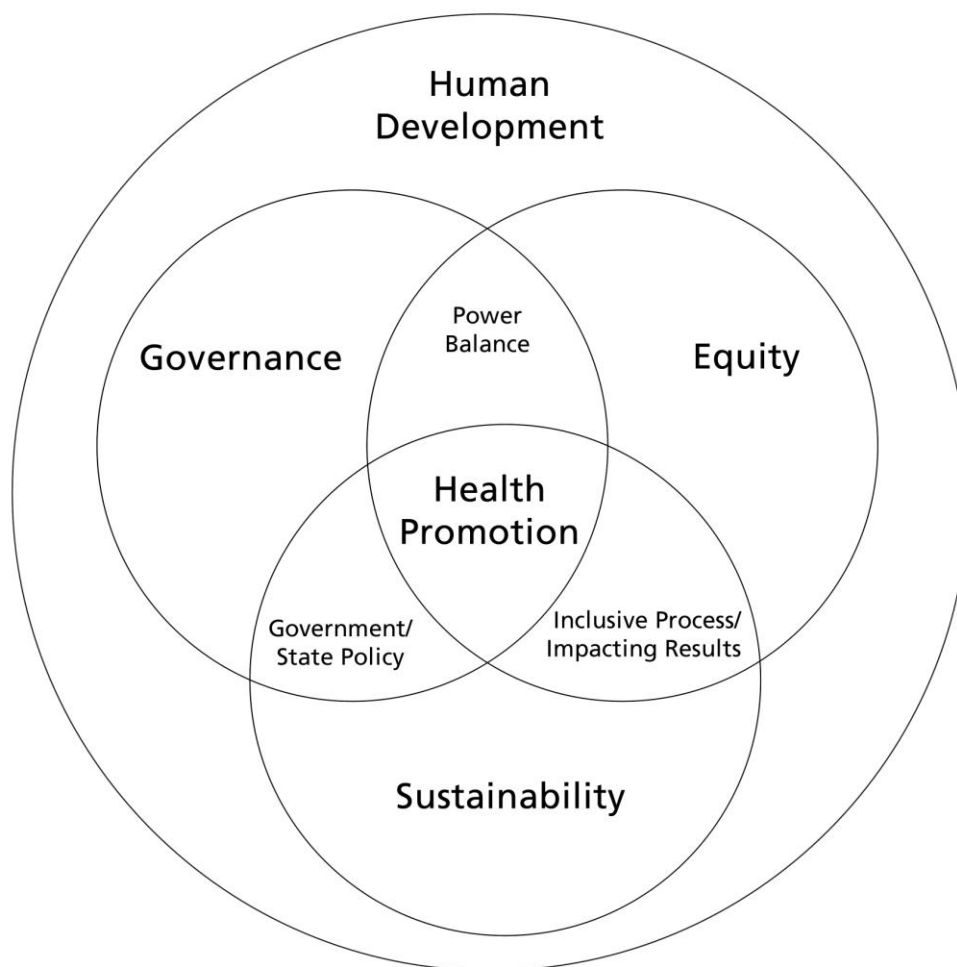


Figure 1 – Conceptual Model for Human Development and Health Promotion.

SUSTAINABILITY AND GOVERNANCE: GOVERNMENT AND STATE HEALTH EQUITY PROMOTION POLICIES IN BRAZIL

Health promotion initiatives are characterized by their holistic conception, intersectorality, community empowerment, social participation, equity, actions involving multiple strategies and sustainability (WHO, 2000). Health promotion policy

involves diverse approaches, taking into account each country's social, cultural and economic differences (WHO, 1986).

In Brazil public health policy is embodied by the National Health System (NHS) which is guaranteed by the 1988 Federal Constitution and regulated by Law No. 8,080/90 and Law No. 8,142/90. Several of the concepts on which the policy is based coincide with the concepts approved by the world health promotion conferences, although there is no historical connection between them. The policy's directives include decentralization and public monitoring which favour the strengthening of intersectoral actions, allowing health professionals to be familiar with the territory and community in which they work. Public monitoring takes place through social participation in the Health Conferences, formalized in the Health Plans and Management Reports, as well as participation on the Health Councils, thus enabling the building of interconnection between State and society in the quest for democratic governance. In Brazil public monitoring has been strengthened by health service decentralization, reducing local clientelism and fostering the input of technical staff and the proposals of the health councils and conferences. In the NHS health promotion strategies have been used as a possible way of focussing on aspects that determine the health-illness-care process, such as violence, unemployment, lack of basic sanitation, inadequate and/or lack of housing, hard-to-access education, hunger, unplanned urbanization, deteriorated air and water quality; thus using the potential of broader ways of intervening in health and favouring human development (Brazil, 1990a,b, 2006a,b).

The National Primary Health Care Policy synthesized a historical process that was institutionalized with the incorporation of the Community Health Agents Program in 1991 and the Family Health Program in 1994 in the Basic Operational Norm of the NHS in 1996. The Family Health Program rises from a program of the federal government in 1998 for a State strategy, called the Family Health Strategy, reorienting the Primary Care and structuring of the NHS. The Primary Health Care Policy, under the terms of Health Ordinance No. 648 dated March 28th 2006, determines that the work process of the primary health care teams should be characterized by the development of intersectoral actions, integration with related social projects and related sectors – converging social agendas on local

development – aimed at health promotion; as well as the identification of partners and resources in the community capable of maximizing the potential of intersectoral actions, these being attributions of all health professionals. It is therefore proposed that actions be planned according to the target population's health needs, taking into consideration their social determinants, impacting on living conditions and making healthy choices easier for individuals and groups in the territory where they live and work (Brazil, 2006a). As such, health promotion is related to health surveillance through the analysis of health status, linking health sector working processes with government and State pro-equity policies and their outcomes in the field of human development (Teixeira, 2002).

The Brazilian Health Promotion Policy, launched in March 2006 and based on the broader concept of health, indicates strategies for “promoting human development and reducing vulnerability and health risks related to its social determinants – ways of living, working conditions, housing, environment, education, leisure, culture, access to essential assets and services”. In order for this to be achieved it is fundamental to minimize ethnic, social, regional, gender and sexual inequities, among others. This reinforces the recognition of health as being the result of various determinants, including socio-environmental determinants. It can be perceived that the bringing together of diverse forms of knowledge, whether they be scientific, political or popular, articulated by the various social stakeholders involved in their construction, through individual and collective autonomy, are ways of achieving the effectiveness of actions that promote health and human development (Brazil, 2006b).

Intersectorality is understood as an articulation of the possibilities of different sectors in addressing the complex issue of health, their joint responsibility for guaranteeing health as a human and social right and their mobilization in formulating interventions propitious to health. Government and State policies are therefore understood to be devices in the construction of synergies between the policies, plans and strategies formulated by the different sectors and at all levels of government, forming networks of commitment and joint responsibility for the improvement of the quality of life and human development (Brazil, 2006a,b).

Based on the assumption that one of the principal bases of health promotion is the development of actions aimed at the needs of the population, studies have indicated certain reasons for health variations between people and societies (Viana, 2001; Chiesa et al., 2002; Moyses et al., 2003; Bueno et al., 2010). In addition, high costs and ineffective interventions associated with an individualist and cure-based practice have been related to inequities in health and disease control. From this perspective, the sustainability of intersectoral health promotion actions can be referred to as the innovation of “institutionalities” involving stakeholders and institutions in the quest for broader and continuous partnerships. According to St. Leger, a need exists for more in-depth studies and the definition of indicators for monitoring the sustainability of health promotion actions (St. Leger, 2005). Projects are sustained when there is planning, continuous monitoring using indicators and feedback on this information to those involved, i.e., constant evaluation (Chalmers et al., 2003). They are also sustained when they are articulated intersectorally with the local development of health promotion (Nguyễn et al., 2005). Another important aspect relating to project maintenance is the motivation of professionals when they perceive the importance of project execution for the institution in which they work (Tountas et al., 2004).

Partnerships, intersectoral planning and social networks are fundamental in different contexts for the sustainability of health promotion actions (Nchinda, 2003; Mendes et al., 2004; Reinfurt, 2004; Cramer et al., 2006). Alliances, social participation, the inclusion of leaders and community empowerment, along with the allocation of resources and organizational support, are also essential for the sustainability of health promotion actions (Moyes et al., 2004; Dressendorfer, et al., 2005; Salazar, 2005; Tang et al., 2005).

Health promotion is understood to be comprised of two dimensions: intersectorality, defined as the consonance of the actions of diverse governmental and non-governmental sectors; and social participation, which occurs in diverse contexts in the perspective of the genesis of social networks that promote quality of life and human development. It is through government and State policies and intersectoral and participative actions that the practice of health promotion becomes established. In its broadest sense, therefore, promoting health means improving

quality of life and human development. This reveals itself through a set of principles and attitudes aimed at increasing the capacity of individuals, populations and organizations to act on the social determinants of human development and the promotion of health equity (Canoistrini et al., 2009).

GOVERNANCE AND HEALTH EQUITY

Governance refers to the course of events in a social system (Burris et al., 2005). Within an urban configuration it is the sum of the ways in which individuals and institutions, both public and private, undertake the planning and management of common issues in the city (UN HABITAT, 2002). It is considered to be essential in any programme in order to understand and influence the social determinants of health (Burris, 2004). Evidence exists that countries governed by political parties with more equitable ideologies tend to have democratic governance with greater distribution of economic wealth and impacting results as well as greater health equity (Navarro et al., 2006; Borrel and Artazcoz, 2008). Participation in governance is a catalyst in building people's capacity and can be seen as a way towards autonomy and social engagement in health. As such, innovations in governance strategies are crucial for effective citizen participation, favoured by more democratic processes of access to information and individual and community empowerment (Marmot, 2006).

The central objective of good governance should be human development that also promotes health equity. Individual and community empowerment is essential in order for good governance to exist, as is consumer participation and social engagement; governments constituted as a whole (interdepartmental); intersectorality (interaction and partnerships between the academy, government, private sector, civil society); and integration between government levels - international/federal/state/municipal (Burris et al., 2007). In addition, the following are expected with regard to urban governance; security; efficiency; sustainability; decentralization; transparency and accountability; apart from civic and citizen commitment (UN HABITAT, 2002).

A possible interface between governance and equity therefore refers to the balance of power that is the result of social participation and individual and community empowerment, as portrayed in Figure 1. Empowerment can be understood as a process of social action by individuals and groups in communities to increase control over life and facilitate the transformation of individual, social and material conditions, a strategy to improve health and reduce health inequities (Wallerstein, 1992, 2002).

SUSTAINABILITY AND THE PROMOTION OF HEALTH EQUITY

Etymologically, the word sustainability comes from the Latin *sustentare* meaning to sustain, support, maintain, consolidate, resist. According to Sachs (1993), it is a polysemic and dynamic concept built historically and based on social, economic, geographic or spatial, ecological and cultural dimensions.

The term sustainable development appears in the 1987 Brundtland report, in an attempt to incorporate the concept of sustainability into that of development, defined as “development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs”. However, critical analyses of the incorporation of this concept into the discourses of governance show greater emphasis on development, to the detriment of sustainability (CMMAD, 1991).

When the concept of sustainability is associated with that of health promotion, it also manifests itself as the continuity, maintenance, institutionalization, incorporation and integration of policies, actions and intersectoral partnerships for sustainable development (Junqueira, 2000; Ribeiro and Gunter, 2002; Zancan et al., 2002).

The sustainability of Health Promotion actions has been on the agenda of recent discussions (Pluye, et al., 2004; Swerissen and Crisp, 2004; St. Leger, 2005). The process of implementing these health promotion actions takes on special importance because of the added gains achieved through the establishment of intersectoral alliances (Saunders et al., 2005). The form of sustainability associated with health promotion has two meanings, one regarding the implantation of healthy

and sustainable actions and the other regarding the permanence of inclusive processes. As such, the continuity of the alliance between the health promotion policy and sustainable development is fundamental, given that they are initiatives of a complex nature encompassing inclusive processes of collective change, the results of which have medium and long term impacts on a society (Ziglio et al., 2000). They are also associated with sustainable health improvements and the reduction of inequities through actions directed towards social determinants (Watt, 2006).

A possible interface between sustainability and health equity refers to the inclusive process and impacting results as an important component to be assessed within the field of health promotion, as per Figure 1. Sustainable health promotion actions aimed at equity should be based on an inclusive and participatory process. They should also contain development actions capable of promoting the self-sustainability and autonomy of the excluded population (Canoistrini et al., 2009). In addition, they need to include methods for monitoring and evaluating processes, results and the impact of the programmes implemented (Akerman et al., 2002).

Based on the reflections on the theoretical background presented here, a Conceptual Model for Human Development and Health Promotion (Figure 1) has been formed, capable of facilitating the understanding of the complexity of formulating policies based on the conceptual interaction of principles and values related to health promotion and human development.

CONCLUSION

Through a critical and systematic review of the concepts raised it has been found that integration between governments, the private sector and civil society is imperative for the governance and sustainability of pro-equity public policies. This is reaffirmed by the premise underlying sustainability that guides the dimensions of human development and has strong links with health governance processes. As such, the effective continuity of health promotion policies linked to sustainable development should be characterized by inclusive processes producing impacting outcomes in a population. Inclusive cities therefore need equitable public policies that

favour access to health and social services with emphasis on people who are more vulnerable. Furthermore, the empowerment and proactive participation of citizens in the consolidation of the Brazilian National Health System represent a perspective of governance centred on the transparency, accountability and sustainability of human development and the promotion of health equity.

A more equitable approach to health promotion, recognizing the importance of social, political and environmental health determinants is essential for the attainment of sustainable human development. It is important that health professionals and managers and communities become familiar with a new model of human development and health promotion. This can support them in reviewing roles and defining goals more appropriate for a multi-professional way of working, based on the best evidence available regarding the sustainability, governance and equity of global human development and health promotion/production actions.

REFERENCES

Akerman, M., Mendes R. and Bogus, C. M. (2002) Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Revista de Saúde Pública*, 36(5), 638-46.

Anand, S. and Sen, A. (1994) *Human Development: Methodology and Measurement*. New York: World Bank.

Borrel, C. and Artazcoz, L. (2008) Las políticas para disminuir las desigualdades em salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-73.

Brasil (1990a) Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990a; 19 set.

Brasil (1990b) Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990b; 31 dez.

Brasil (2006a) Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 60 p.

Brasil (2006b) Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 59 p.

Bueno, R. E., Moyses, S. J. and Moyses, S. T. (2010) Millennium development goals and oral health in cities in southern Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38, 197-205.

Burris, S. (2004) Governance, microgovernance and health. *Temple Law Review*, 77, 334–62.

Burris, S., Drahos, P. and Shearing, C. (2005) Nodal governance. *Australian Journal of Legal Philosophy*, 30, 30–58.

Burris S., Hancock, T., Herzog, A. and Lin V. (2007) Emerging strategies for healthy urban governance. *Journal of Urban Health*, 84(1), 154-63.

Canoistrini, S., McQueen, D. V. and Evans, L. (2009) Health Promotion and Surveillance: the establishment of an IUHPE Global Working group. *Global Health Promotion*, 16(4), 58-60.

Chalmers, M. L., Housemann, R. A., Wiggs, I., Newcomb-Hagood, L., Malone, B. and Brownson, R. C. (2003) Process evaluation of the monitoring log system for community coalition activities-five year results and lessons learned. *American Journal of Health Promotion*, 17(3), 190-6.

Chiesa, A. M., Westphal, M. F. and Kashiwagi, N. M. (2002) Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(5).

CMMAD - Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1991) *Nosso Futuro Comum*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 430 p.

Cramer, M. E., Atwood, J. R. and Stoner, J. A. (2006) A conceptual model for understanding effective coalitions involved in health promotion programming. *Public Health Nursing*, 23(1), 67-73.

Dressendorfer, R. H., Raine, K., Dyck, R. J., Plotnikoff, R. C., Collins-Nakai, R. L., McLaughlin, W. K., et al. (2005) A conceptual model of community capacity development for health promotion in Alberta Heat Health Project. *Health Promotion Practice*, 6(1), 31-6.

Elizalde, A. (2003) *Desarrollo Humano y Ética para la Sustentabilidad*. México: PNUMA, Universidad Bolivariana (Chile), 168 p.

Hancock, T. (1993) Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. *Health Promotion International*, 8, 41-47.

Junqueira, R. G. P. (2000) Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, 34(6): 117-30.

Kadt, E. and Tasca, R. (1993) *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo/Salvador: HUCITEC/Cooperativa Italiana em Saúde.

Marmot, M. (2006) Health in an unequal world. *Lancet*, 368, 2081–94.

McKeown, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Basil Blackwell, 1979.

Mendes R., Bogus, C. M. and Akerman, M. (2004) Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 47-55.

Moyses, S. J., Moyses, S. T. and Krempel, M. C. (2004) Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba / Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-41.

Moyses ST, Moyses SJ, Watt RG and Sheiham, A (2003) Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International*, 18(3), 209-18.

Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Águeda, Q., Rodríguez-Sanz, M., et al. (2006) Politics and health outcomes. *Lancet*, 368, 1033-37.

Nchinda, T. C. (2003) Research capacity development for CVD prevention: the role of partnerships. *Ethnicity and Disease*, 13(2), 40-4.

Nguyễn, M. N., Gauvim, L., Martineau, I. and Grigon, R. (2005) Sustainability of the impact of a public health intervention: lessons learned from the laval walking clubs experience. *Health Promotion Practice*, 6(1), 44-52.

Pluye, P., Potvin, L. and Denis J.L. (2004) Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.

Reinfurt, D. W. (2004) Documenting the sustainability of a mature click it or ticket program: the North Carolina experience. *Journal of Safety Research*, 35(2), 181-8.

Ribeiro, H. and Gunther, W. M. R. (2002) A integração entre a educação ambiental e o saneamento ambiental como estratégia para a promoção da saúde e meio ambiente sustentado. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 8p.

Sachs, I. (1993) Estratégias de transição para o século XXI. In: Bursztyn, M. (Org.) Para pensar o desenvolvimento sustentável. São Paulo: Brasiliense, 29-56.

Salazar, L. (2005) Building capacity for risk factor surveillance in developing countries: a new approach. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 5(1), 33-7.

Saunders, R. P., Evans, M. H. and Joshi, P. (2005) Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promotion and Practice*, 2, 134-47.

Sen, A. (1999) *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

St Leger, L. (2005) Questioning sustainability in health promotion. *Health Promotion International*, 20(4), 317-9.

Swerissen, H. and Crisp, B. R. (2004) The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, 19(1), 123-30.

Tang, K.C., Nutbeam, D, Kong, L., Wang, R. and Yan, J. (2005) Building capacity for health promotion- a case study from China. *Healthh Promotion International*, 20(3), 285-95.

Teixeira, C. (2002) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador, BA: CEPS/ISC.

Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N. and Triantafyllou, D. (2004) Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453:62.

UN HABITAT (2002) The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper: Nairobi, UN Habitat, 2nd ed.

Viana, S. M., et al. (2001) Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224 p.

Wallerstein, N. (1992) Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes. American Journal of Health Promotion, 6, 197-205.

Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. Scandinavian Journal of Public Health, 30(59), 72-77.

Watt, R.G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S.S., Kay, E., Morgan, A., et al. (2006) Evaluating Oral Health Promotion: Need for Quality Outcome Measures. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 34, 11-17.

Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office from Europe.

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneve: WHO.

WHO - World Health Organization (1986) The Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

WHO - World Health Organization (2000) Educational for Health: A manual on health education in primary health care. World Health Organization, Geneva.

Zancan, L., Boldstein, R. and Marcondes, W. B. (2002) Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO, 280p.

Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S. and Levin, L. (2000) Inversión en favor de la salud. In: Conferência Mundial de Promoción de la Salud, WHO.

5 ARTIGO DOIS

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE DA CRIANÇA NA MESORREGIÃO METROPOLITANDA DE CURITIBA (*)

(*) Artigo submetido à Revista:

Health & Place

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar determinantes sociais de saúde por meio da relação entre Desenvolvimento Sustentável e o desfecho em saúde da criança. A população da pesquisa foi composta por 37 municípios da mesorregião de Curitiba, no Estado do Paraná, Brasil. Caracteriza-se como um estudo ecológico, de corte transversal. Na 1ª fase do estudo, 16 indicadores contextuais foram obtidos do censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Análise Fatorial de Componentes Principais foi realizada para evidenciar possíveis correlações dos determinantes sociais de saúde, resultando em índices de Desenvolvimento Sustentável para os lugares onde as crianças vivem. Na 2ª fase, a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos foi obtida do banco de dados do Ministério da Saúde. A correlação de Pearson demonstrou associação estatisticamente significativa, moderada e negativa da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos (2001-2010) com o Índice de Desenvolvimento Sustentável ($r=-0,62$, $p<0,01$); com a componente Equidade ($r=-0,70$, $p<0,01$); e com os *clusters* ($r=-0,68$, $p<0,01$). Indicadores contextuais de Desenvolvimento Sustentável dos lugares onde as crianças vivem demonstraram estar associados com o desfecho em saúde da criança. Desta forma, políticas sociais equitativas e sustentáveis, em oposição à “Lei da Sustentabilidade Inversa”, com base em estratégias inclusivas de promoção da saúde, precisam ser integradas ao contexto de vida das crianças.

Palavras-chave: Desenvolvimento Sustentável. Saúde da Criança. Equidade. Epidemiologia. Promoção da Saúde.

Introdução

O termo desenvolvimento sustentável surge no relatório de Brundtland em 1987, tentando incorporar o conceito de sustentabilidade ao de desenvolvimento, como “aquele que responde às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras em atender às suas próprias necessidades”. Entretanto, a incorporação desse conceito aos discursos de governança foi criticada por ser dada maior ênfase ao desenvolvimento econômico em detrimento da sustentabilidade (CMMAD, 1991). Uma ação humana sustentável necessita ser ecologicamente correta, ponderada na relação do homem com seu ambiente; economicamente viável, pelo apropriado uso dos recursos disponíveis; socialmente justa, priorizando indivíduos e grupos vulneráveis na busca da equidade; culturalmente aceita, quando valoriza a heterogeneidade e oportuniza a participação inclusiva; e psicologicamente saudável, beneficiando a autonomia e o empoderamento individual e comunitário (United Nations, 2002).

Entretanto, quando o conceito de sustentabilidade se associa ao de promoção da saúde, ele se revela também como continuidade, manutenção, institucionalização, incorporação, integração de políticas, ações e de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento sustentável (Junqueira, 2000; Ribeiro e Gunter, 2002; Zancan et al., 2002; Yang et al., 2010; Edvardsson et al., 2011; Lovell et al., 2011; Nam et al., 2011; Watt et al., 2011). Portanto, a sustentabilidade associada à promoção da saúde possui duplo sentido, na implantação de ações saudáveis e sustentáveis e na permanência de processos inclusivos. Diante disto, a continuidade da política de promoção da saúde aliada ao desenvolvimento sustentável é fundamental, visto que se trata de iniciativas de natureza complexa envolvendo um processo inclusivo de mudança coletiva com resultados impactantes em médio e longo prazo sobre uma sociedade (Ziglio et al., 2000). Também estão associadas às melhoras sustentáveis em saúde e redução de iniquidades por meio de ações direcionadas aos determinantes sociais de saúde (Watt, 2006).

O conceito de determinantes sociais de saúde apareceu em decorrência das restrições da efetividade das ações em saúde, quando guiadas somente pelo risco biológico de doença nos indivíduos. Para promover a saúde é indispensável focar as populações, com pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades, ao

desenvolvimento humano, e aos padrões e modelos sociais que modelam as chances das pessoas serem saudáveis. A assistência médica não pode ser o componente central de ajuda à saúde dos seres humanos (McKeown, 1979).

As evidências sobre os determinantes sociais da saúde demonstraram que as crianças são um grupo-alvo singularmente sensível à determinação social sobretudo nos primeiros anos de vida. As exposições sociais precoces programam os sistemas biológicos, podendo resultar em doença crônica na fase adulta. As iniquidades em saúde da criança podem determinar precocemente as iniquidades reveladas nas populações de adolescentes e adultos. Os primeiros anos de vida podem influenciar todo o ciclo vital (Kawachi e Berkman, 2000). A promoção da saúde na infância, portanto, pode estar voltada para o desenvolvimento de estratégias comunitárias para minimizar os riscos sociais e obter desfechos positivos em saúde da criança (Halfon et al., 2010).

Assumindo que um dos principais fundamentos da promoção de saúde é o desenvolvimento de ações destinadas às necessidades da população, estudos têm apontado para a variação das condições de saúde entre pessoas e sociedades (Shouls et al., 1996; Ellaway e Macintyre, 1998; Viana, 2001; Chiesa et al., 2002; Lawrence, 2002; Moyses et al., 2003; Osler e Prescott, 2003; Macintyre et al., 2003; Curtis et al., 2004; Moyses et al., 2006; Nogueira, 2009; Bueno et al., 2010; Carvalho et al., 2010; Kumaresan et al., 2010; Molnar et al., 2010; Friel et al., 2011; Qun et al., 2011). Segundo St Leger (2005), existe uma necessidade de estudos com maior profundidade e uma definição de indicadores para o monitoramento da sustentabilidade de ações de promoção da saúde. Os projetos se sustentam quando existe um planejamento, um monitoramento contínuo utilizando indicadores e um retorno destas informações para os participantes, enfim, uma avaliação constante (Chalmers et al., 2003). Também, eles se sustentam quando articulam intersetorialmente o desenvolvimento local à promoção da saúde (Nguyen et al., 2005). Para isso, o planejamento, implementação, monitoramento e tomada de decisões devem visar o desenvolvimento sustentável e saudável.

O objetivo desta pesquisa foi analisar os determinantes sociais de saúde por meio da relação entre Desenvolvimento Sustentável e o desfecho em saúde da criança.

Método

Este estudo caracteriza-se como um estudo ecológico, de corte transversal, em que se utilizam medidas aferidas para a situação de saúde de grupos humanos, e como ela é influenciada por condições sociais, ambientais, comportamentais e econômicas (Morgenstern, 1998).

Duas fases distintas foram desenvolvidas no estudo. Na 1ª Fase, indicadores contextuais foram obtidos do censo demográfico de 2010 do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Foram obtidas 16 variáveis contextuais, com base no marco teórico da revisão de literatura e na disponibilidade da informação para os 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, a seguir: 1) taxa de alfabetização em mulheres acima de 10 anos; 2) proporção de domicílios com abastecimento de água; 3) proporção de domicílios com coleta de lixo; 4) índice de desenvolvimento infantil; 5) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em 1991; 6) IDH-M 2000; 7) número de habitantes; 8) taxa de urbanização; 9) densidade demográfica; 10) distância à Capital; 11) renda média feminina; 12) renda média geral; 13) proporção de mulheres assalariadas; 14) Produto Interno Bruto *Per Capita*; 15) proporção de cobertura florestal; 16) proporção remanescente da Mata Atlântica (Fonte: IBGE, 2010).

Análise Fatorial de Componentes Principais foi realizada para evidenciar possíveis correlações entre as variáveis contextuais vinculadas aos determinantes sociais de saúde da criança, e para simplificar os dados por meio da redução do número de fatores necessários para os descreverem. Tal análise pressupõe a existência de um número menor de variáveis subjacentes aos dados (componentes), que expressam a colinearidade, ou seja, o que existe de comum nas variáveis originais. Esta análise também permitiu avaliar a validade das variáveis que constituíram os componentes, informando se carregam ou não os conceitos que pretendem expressar. Ela foi escolhida para a ponderação dos indicadores e para

reduzi-los a um único índice sintético de Desenvolvimento Sustentável para os municípios estudados. Foi realizada a extração de componentes principais pelo método de rotação ortogonal de Varimax por meio do programa computacional SPSS 16.0 para avaliar o número de componentes principais a partir de valores próprios. Cada componente principal produz um “autovalor”, que pode ser entendido como a quantidade de variância total explicada pelo componente. O critério adotado, utilizado majoritariamente na literatura especializada, foi para autovalor maior do que 1 (Pestana e Gageiro, 2003).

Com base nesta análise foram calculados índices sintéticos de Desenvolvimento Sustentável (escores finais), por município, por meio da média ponderada dos escores obtidos da análise fatorial por componentes principais das 16 variáveis contextuais e pela variância total explicada pelos 4 componentes, por meio da seguinte equação:

$$\text{Índice sintético de Desenvolvimento Sustentável} = ((\text{escore do 1º Componente} \times \text{variância do 1º Componente}) + (\text{escore do 2º Componente} \times \text{variância do 2º Componente}) + (\text{escore do 3º Componente} \times \text{variância do 3º Componente}) + (\text{escore do 4º Componente} \times \text{variância do 4º Componente})) / \text{variância total}$$

Os índices sintéticos de Desenvolvimento Sustentável descreveram o desempenho dos municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, relacionado às variáveis contextuais, pelo método de regressão.

Na 2ª Fase do estudo, o desfecho em saúde da criança expresso pela taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, foi obtido do banco de dados do Ministério da Saúde (Fonte: DATASUS, 2010). Estes dados secundários foram agregados por município.

A população da pesquisa foi composta de 37 municípios da mesorregião de Curitiba. Eles foram classificados e hierarquizados em 4 grupos, pela análise de cluster, por meio de sua homogeneidade em relação ao quadrado da distância euclidiana dos seus escores fatoriais (índice de desenvolvimento sustentável) calculados pelo método da regressão (Figura 2). Finalmente foi realizada a correlação de Pearson dos 4 componentes principais da análise fatorial, dos *clusters*

e dos seus índices de Desenvolvimento Sustentável, e ainda calculados seus respectivos coeficientes de determinação, com o desfecho em saúde da criança.

Resultados

A Análise por Componentes Principais explicou 86,06 % da variância total da distribuição das 16 variáveis nos 4 componentes principais identificados (**Tabela 1**).

TABELA 1 – Variância total explicada pela solução rotacionada final, para as 16 variáveis/covariáveis de 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba; 2010.

Componente	Soma das Rotações de Cargas ao Quadrado		
	Total	% de Variação	Cumulativo %
Equidade	6,11	38,18	38,18
Perfil Demográfico	2,64	16,47	54,65
Sustentabilidade Ambiental	2,60	16,26	70,91
Sustentabilidade Econômica	2,42	15,15	86,06

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

A matriz de cargas rotacionadas (**Tabela 2**) determinou quantas e quais das 16 variáveis carregaram em cada componente principal.

TABELA 2 – Matriz de componentes rotacionados, cargas e rótulos de componentes, para 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba; 2010.

Variáveis	Componentes Principais			
	Equidade	Perfil Demográfico	Sustentabilidade Ambiental	Sustentabilidade Econômica
Índice de Desenvolvimento Infantil	,93			
Proporção de domicílios com ligação de água	,91			
Proporção de domicílios com coleta de lixo	,91			
Taxa de Alfabetização em Mulheres	,90			
IDH-M 1991	,86			
IDH-M 2000	,85			
Taxa de Urbanização	,81			
População		,93		
Densidade demográfica		,90		
Proporção remanescente da Mata Atlântica			,96	
Proporção de Cobertura florestal			,95	
Distância do município à Capital			,62	
PIB per capita				,88
Renda média				,80
Renda Feminina				,72
Mulheres assalariadas				-,52

Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com Normalização Kaiser. Rotação convergente em 6 iterações. Pontuação de Componentes.

Tendo em vista que, na análise por componentes principais os componentes obtidos foram combinados num Índice de Desenvolvimento Sustentável (escore final), isto possibilitou a classificação dos municípios numa escala ordinal, variando de 1,28 (melhor desempenho) a -1,16 (pior desempenho), conforme **Tabela 3**.

TABELA 3 – Resumo dos casos de desfecho em saúde da criança, componentes principais e Índice de Desenvolvimento Sustentável (ordem decrescente de perfil de desempenho) para os 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, 2010.

Município	Mortali- dade < 5 anos (2009)	Mortali- dade < 5 anos (2001- 2010)	Equi- dade	Perfil Demo- gráfico	Sus- tentabi- lidade Ambi- ental	Sus- tentabi- lidade Econô- mica	Desen- volvi- mento Sus- tentá- vel
1 Curitiba	10,82	12,92	0,42	5,52	-0,35	0,59	1,28
2 Araucária	12,94	15,61	0,57	-0,49	-0,37	4,16	0,82
3 Matinhos	2,43	16,63	1,09	0,15	2,16	-0,70	0,80
4 Paranaguá	19,83	21,37	0,68	-0,56	1,12	1,60	0,69
5 São José dos Pinhais	14,53	16,43	0,72	0,09	0,19	1,79	0,69
6 Guaratuba	15,32	18,21	0,75	0,03	2,23	-0,76	0,63
7 Pontal do Paraná	14,39	21,18	0,85	-0,33	1,81	-0,40	0,58
8 Quatro Barras	23,33	16,80	0,82	-0,52	0,37	1,05	0,52
9 Pinhais	14,41	17,33	1,08	0,57	-1,20	0,09	0,38
10 Antonina	4,15	20,01	0,36	-0,38	1,44	0,05	0,36
11 Campina Grande do Sul	8,36	22,34	0,60	-0,01	0,44	-0,11	0,33
12 Rio Negro	16,55	22,86	0,80	-0,55	-0,08	-0,09	0,22
13 Campo Largo	13,75	18,21	0,93	-0,28	-0,59	-0,37	0,18
14 Morretes	25,10	16,30	-0,02	0,06	1,60	-0,76	0,17
15 Fazenda Rio Grande	13,84	18,52	0,99	0,16	-0,76	-1,06	0,14
16 Piraquara	14,65	17,71	0,63	0,44	-0,06	-1,22	0,14
17 Colombo	15,71	18,23	0,82	0,44	-0,98	-0,73	0,13
18 Piên	14,29	12,74	0,11	-0,40	-0,17	0,51	0,03
19 Campo Magro	12,95	17,41	0,36	-0,37	-0,81	0,47	0,02
20 Balsa Nova	12,58	19,08	0,45	-0,58	-0,80	0,39	0,00
21 Almirante Tamandaré	10,69	18,20	0,56	-0,01	-0,82	-0,71	-0,03
22 Porto Amazonas	17,24	22,49	0,60	-0,98	-0,95	-0,27	-0,15
23 Lapa	25,48	20,75	-0,01	-0,08	-0,39	-0,55	-0,19
24 Contenda	26,18	25,32	0,04	-0,07	-0,80	-0,52	-0,24
25 Bocaiúva do Sul	28,41	26,47	-0,43	-0,19	0,02	-0,38	-0,29
26 Mandirituba	26,39	20,07	-0,03	-0,24	-0,71	-0,74	-0,32
27 Rio Branco do Sul	13,65	23,54	-0,47	-0,35	-0,84	0,07	-0,42
28 Quitandinha	9,57	13,35	-0,65	0,21	-0,23	-0,80	-0,43
29 Guaraqueçaba	9,62	20,17	-1,95	0,33	2,23	-0,46	-0,46
30 Tijucas do Sul	24,04	21,15	-0,84	-0,26	-0,28	0,04	-0,47
31 Adrianópolis	31,91	34,91	-1,99	0,15	0,75	1,04	-0,53
32 Campo do Tenente	24,59	16,81	-0,40	-0,57	-0,62	-0,73	-0,53
33 Itaperuçu	11,36	23,44	-0,37	-0,65	-1,01	-0,42	-0,55
34 Tunas do Paraná	38,46	29,11	-1,20	-0,45	0,19	0,11	-0,56
35 Agudos do Sul	18,87	20,83	-0,78	-0,26	-0,80	-0,48	-0,63
36 Cerro Azul	23,17	27,36	-2,04	-0,03	-0,73	-0,51	-1,14
37 Doutor Ulysses	15,63	41,43	-3,05	0,46	-0,20	0,80	-1,16

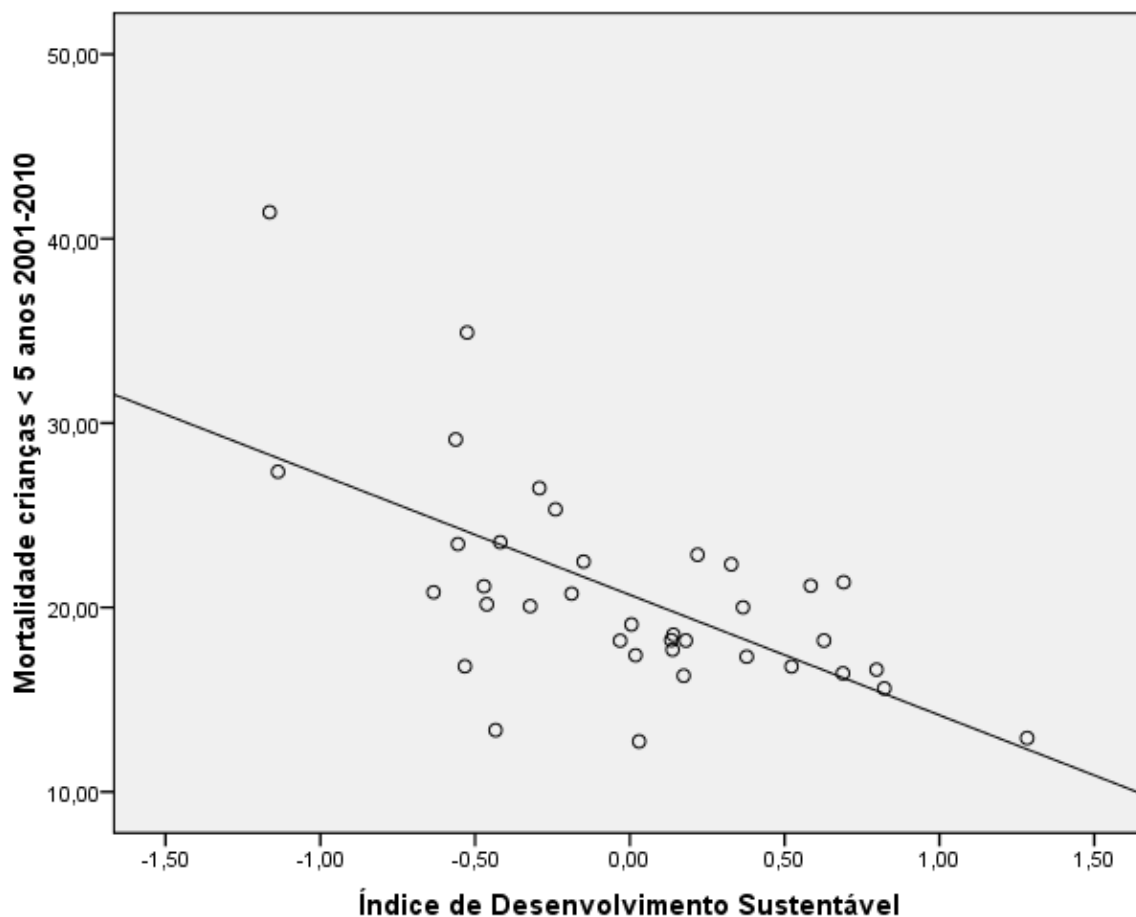
A correlação de Pearson (**Tabela 4**) demonstrou associação estatisticamente significativa, moderada e negativa da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos com o índice de Desenvolvimento Sustentável, com os clusters, e com a componente Equidade. Entretanto, não foi observada associação do desfecho, separadamente, com os Componentes relativos à Sustentabilidade Ambiental ($r=-0,02$; $p=0,89$); à Sustentabilidade Econômica ($r=-0,04$; $p=0,84$) e ao Perfil Demográfico ($r=-0,18$; $p=0,28$). O coeficiente de determinação (R^2) foi estatisticamente significativo do desfecho em saúde da criança com o índice Desenvolvimento Sustentável ($R^2=0,39$; $p<0,01$); com a Equidade ($R^2=0,48$; $p<0,01$); e com os *Clusters* ($R^2=0,47$; $p<0,01$).

TABELA 4 – Correlação de Pearson do Índice de Desenvolvimento Sustentável, componentes principais e clusters com a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos na mesorregião metropolitana de Curitiba, 2010.

	Equidade		Perfil Demográfico		Clusters		Índice de Desenvolvimento Sustentável	
	Coeficiente	p	Coeficiente	p	Coeficiente	p	Coeficiente	p
Mortalidade em crianças menores de 5 anos (2010)	-,377	,021	-,182	,281	-,502	,002	-,420	,010
Mortalidade em crianças menores de 5 anos (2001-2010)	-,696	,000	-,182	,281	-,683	,000	-,624	,000

O Componente relativo à Equidade explicou 48% da variância da taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos (2001-2010); os clusters explicaram 47% e o índice de Desenvolvimento Sustentável explicou 39% da variância desse mesmo desfecho, conforme **Figura 1**.

FIGURA 1 – Correlação do Índice de Desenvolvimento Sustentável com a Taxa de Mortalidade em crianças menores de 5 anos, para os 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, 2001-2010.

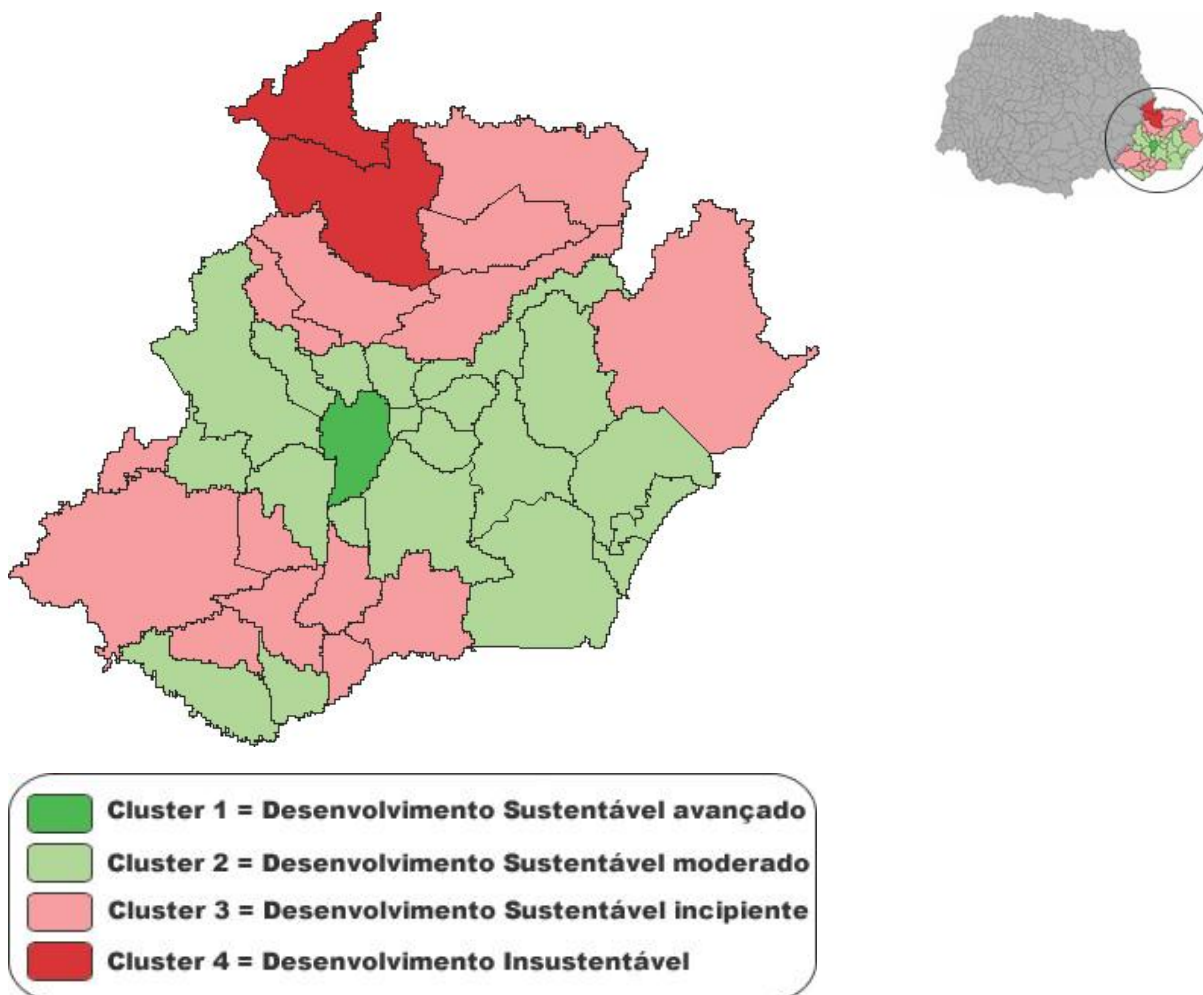


$$R^2 = 0,39$$

$$r = -0,62 \text{ (} p < 0,01 \text{)}$$

O índice sintético de Desenvolvimento Sustentável foi utilizado para classificar os municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba no estado do Paraná em 4 grupos, pelo método hierárquico de análise de *cluster*, por meio do quadrado das distâncias euclidianas de seus escores finais, utilizando o programa computacional ARCMAP 9.2, de acordo com a **Figura 2**.

FIGURA 2 – Classificação com base no Escore Final (Índice de Desenvolvimento Sustentável): perfil de desempenho dos municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, no estado do Paraná.



Discussão

A mesorregião metropolitana de Curitiba é formada por 37 municípios e ocupa uma área total de 22.825 quilômetros quadrados, equivalente a 11,45% da área do Estado do Paraná. Possui uma população de 3.493.742 habitantes, com uma densidade demográfica de 153,07 habitantes por quilômetro quadrado, segundo o censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2010). Ela constitui uma região singular, com características ambientais, sociais e econômicas peculiares, além de elementos relevantes da história do início da ocupação territorial do Paraná no processo de colonização do Brasil (ORBIS, 2011).

As limitações próprias de um estudo ecológico, no qual não se pode inferir para indivíduos as observações colhidas, incluindo o risco de classificação cruzada e migração entre os estratos da população devem ser considerados nas interpretações dos resultados (Morgenstern, 1998). Neste estudo, a colinearidade das variáveis contextuais foi minimizada pela análise por componentes principais (ACP) (Pestana e Gageiro, 2003).

As dimensões Equidade e Sustentabilidade foram confirmadas como significativas para as variáveis contextuais pela ACP. Apenas a dimensão Governança não pode ser confirmada, por não haver dados disponíveis relativos a essa dimensão para toda a mesorregião metropolitana de Curitiba. A dificuldade na obtenção de dados relativos à Governança pode ser explicada pela sua relativa incipiência conceitual e falta de utilização de indicadores específicos e sensíveis para essa dimensão. O presente estudo demonstrou correlação estatisticamente significativa do componente relativo à Equidade, *Clusters* e índice de Desenvolvimento Sustentável dos municípios analisados com o desfecho em saúde da criança.

No componente relativo à Equidade, a ACP destacou primordialmente o Índice de Desenvolvimento Infantil, que leva muito em conta a escolaridade das mães, e a taxa de alfabetização em mulheres. Nos estudos das iniquidades sociais, um acréscimo na escolaridade da mãe, aumentando assim a autonomia materna no cuidado das crianças, tem sido uma das principais variáveis contextuais que têm gerado impactos na redução da taxa mortalidade na infância. Evidencia-se uma relação inversa entre o nível de escolaridade da mãe e a mortalidade de menores de 5 anos. Em 1990, no Brasil, a mortalidade na infância era de 89,7% quando as mães tinham menos de quatro anos de instrução e de 30,3% para as mães com mais de 8 anos de instrução, sendo um forte indício das iniquidades sociais em saúde da criança (CDSS, 2008).

As iniquidades contextuais em saúde da criança podem determinar precocemente as iniquidades reveladas nas populações de adolescentes e adultos, ou seja, os primeiros anos da vida podem influenciar todo o ciclo vital (Kawachi e Berkman, 2000). Estudos em vários países de monitoramento das condições de vida

e situação de saúde que exploram a dimensão geoespacial destacam a importância dessa abordagem na investigação socioambiental do risco do lugar nos resultados de saúde (Gissler et al., 2000; Eser et al., 2005; Victora et al., 2005; Gross e McDermott, 2009; Hillier et al., 2009; Andrzejewski et al., 2009; Pereira et al., 2010; Acuin et al., 2011; Fraser, 2011; Paul et al., 2011; Victora et al., 2011). Existe uma forte influência nas possíveis decisões das mães em viver em um determinado município pelas condições necessárias na criação de seus filhos, tais como, acesso aos serviços, recreação, transporte e trabalho. Essa preocupação das mães reflete a importância da compreensão da relação entre lugar e saúde da criança (Andrews, 2010).

No Canadá, as evidências de um estudo de revisão sistemática demonstraram que as crianças são um grupo-alvo especialmente sensível aos determinantes sociais da saúde, sobretudo nos primeiros anos de vida. Exposições sociais precoces ficam gravadas na biologia humana podendo derivar em condição crônica tardiamente. Pensamentos individualistas em sociedades como as do Canadá e Estados Unidos atrasam o desenvolvimento social. Por isso, são fundamentais as políticas intersetoriais para interromper os percursos entre os riscos sociais e o desfecho em saúde da criança (Hafton et al, 2010).

Estudos da Tanzânia e Peru mostraram que fatores contextuais podem auxiliar a explicação de resultados de avaliação aparentemente conflitantes (Victora et al., 2005). No Brasil, os programas sociais podem ter maior influência na melhoria da saúde materna e da criança do que os programas específicos de assistência materno-infantil (Victora et al., 2011). Mckeown, em 1979, já afirmava que a assistência médica não é o principal fator de auxílio para a saúde das populações. A região Nordeste do Brasil, que apresenta baixos índices de desenvolvimento social e econômico, com baixa oferta de serviços de educação, saneamento básico e saúde, possui as maiores taxas de mortalidade na infância em todos os quintis de renda, especialmente no primeiro quinto, quando comparadas às regiões do Centro-Sul para os anos 1990, 2000 e 2005 (CDSS, 2008).

Os resultados do presente estudo reforçam o peso dos fatores contextuais na saúde da criança, pois o componente relativo à Equidade demonstrou estar

inversamente associado com a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, ou seja, uma tendência para aqueles municípios com piores indicadores de equidade social de ocorrerem maiores taxas de mortalidade na infância.

A Saúde Coletiva tem incorporado contribuições de outros campos do conhecimento, como no caso da ecologia política que subsidia teoricamente a investigação relacionada à sustentabilidade do desenvolvimento e a saúde das populações e regiões (Porto e Martinez-Alier, 2007). Isso fundamenta a evidência da análise de *clusters* (aglomerados geográficos) ricos, saudáveis e isolados dos territórios pobres, insalubres, periféricos, desprovidos de serviços sociais e de saneamento básico (M'Gonigle, 1999).

Nos municípios do Paraná, a taxa de mortalidade infantil pós-neonatal variou de 8,7 por mil nascidos vivos para o *cluster* com piores condições de vida para 6,3 por mil nascidos vivos para o *cluster* com melhores condições de vida no quinquênio 1997/2001 (Andrade et al., 2006). Esse achado reforça a associação estatisticamente significativa para a análise de *cluster* na mesorregião metropolitana de Curitiba, onde paradoxalmente existiu uma tendência para aqueles municípios mais distantes da Capital do Paraná e com maior área de cobertura florestal e de mata nativa, ou seja, com maior sustentabilidade ambiental de seus recursos naturais, de apresentarem também maior taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos, talvez pela pouca valorização econômica de seus recursos naturais. Daí, se expressa o paradoxo entre a sustentabilidade ambiental e a sustentabilidade econômica quando não se valoriza os recursos naturais para a concretização de um efetivo Desenvolvimento Sustentável. Essa constatação pode ser denominada de “Lei da Sustentabilidade Inversa”, por analogia a Hart (1971) em “A Lei do Cuidado Inverso”. O grupo de municípios com menores Índices de Desenvolvimento Sustentável apresentaram maiores taxas de mortalidade na infância, polarizando o desfecho. Por isso, os achados demonstram a necessidade de políticas públicas equitativas de incentivo econômico para aqueles municípios que preservam seus recursos naturais e perpetuam os consequentes benefícios locais e globais para a saúde humana e do planeta, incluindo às futuras gerações, conciliando assim sustentabilidade ambiental e econômica.

Na mesorregião metropolitana de Curitiba a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, no período de 1990 a 2010, reduziu de 42 para 17 óbitos a cada 1000 nascidos vivos, representando uma redução de 59%. Mesmo com essa redução significativa, ainda faltam 7% de redução para atingir a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio número 4, que é reduzir em 2/3 a mortalidade de crianças menores de 5 anos até o ano de 2015 (UNMD, 2001).

A literatura especializada investigou que os fatores contextuais puderam explicar uma possível tendência para os desfechos em saúde da criança (Gissler et al., 2000; Kawachi e Berkman, 2000; Eser et al., 2005; Victora et al., 2005; Gross e McDermott, 2009; Hillier et al., 2009; Andrzejewski et al., 2009; Andrews, 2010; Halfon, 2010; Pereira et al., 2010; Acuin et al., 2011; Fraser, 2011; Paul et al., 2011; Victora et al., 2011). Estes estudos reforçam os resultados do presente trabalho. Esses resultados socioepidemiológicos são significativos, pois desfechos em saúde da criança são majoritariamente explicados e estritos a fatores biológicos. Eles podem contribuir para o incentivo e aprofundamento de análises dos determinantes sociais de saúde, indicados pelos fatores contextuais, sobre a relação do lugar e da saúde da criança em populações.

Conclusão

Indicadores contextuais do ambiente onde as crianças vivem demonstraram estar associados com a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos. O índice de Desenvolvimento Sustentável dos municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, seus *Clusters* e o componente relativo à Equidade demonstraram relevante correlação com o desfecho em saúde da criança. Desta forma, políticas sociais equitativas e sustentáveis, contrárias à “Lei da Sustentabilidade Inversa”, com base em estratégias populacionais inclusivas de promoção da saúde, que atuem nos determinantes sociais de saúde, precisam ser integradas ao contexto de vida das crianças. Contudo, são necessários estudos longitudinais para aprofundar a avaliação do desempenho e do impacto de políticas sociais em saúde da criança para alcançar efetivamente um Desenvolvimento Sustentável e Saudável.

Referências

- Acuin, C.S., Khor, G.L., Liabsuetrakul, T., Achadi, E.L., Htay, T.T., Firestone, R., Bhutta, Z.A., 2011. Maternal, neonatal, and child health in southeast Asia: towards greater regional collaboration. *Lancet* 377 (9764), 516-525.
- Andrade, S.M. de, Soares, D.A., Matsuo, T., Souza, R.K.T. de, Mathias, T.A. de, Freitas, I.M.L.H., Zequim, M.A., 2006. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cadernos de Saúde Pública* 22 (1), 181-189.
- Andrzejewski, C.S., Reed, H.E., White, M.J., 2009. Does where you live influence what you know? Community effects on health knowledge in Ghana. *Health & Place* 15 (1), 228-238.
- Andrew, F.J., 2010. Parental perceptions of residential location: Impacts on children's health. *Health & Place* 16 (2), 252-258.
- BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Demographic Census 1991, 2000, 2010. IBGE, Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 29/08/2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 29/08/2011.
- Bueno, R.E., Moyses, S.J., Moyses, S.T., 2010. Millennium development goals and oral health in cities in southern Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38, 197-205.
- Bueno, R.E., 2011. Tese de doutorado. Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde: Interfaces entre Sustentabilidade, Governança e Equidade. Orientador: Moysés, S.T., Curitiba, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- Carvalho, M.L., Moysés, S.J., Bueno, R.E., Shimakura, S., Moysés, S.T., 2010. A geographical population analysis of dental trauma in school-children aged 12 and 15 in the city of Curitiba-Brazil. *BMC Health Services Researches* Jul;10:203. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/203>

CDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 220pp.

Chalmers, M.L., Housemann, R.A., Wiggs, I., Newcomb-Hagood, L., Malone, B., Brownson, R.C., 2003. Process evaluation of the monitoring log system for community coalition activities-five year results and lessons learned. *American Journal of Health Promotion* 17(3), 190-196.

Chiesa, A.M., Westphal, M.F., Kashiwagi, N.M., 2002. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (5), 559-567.

CMMAD - Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, 1991. Nosso Futuro Comum. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 430pp.

Curtis, S., Southall, H., Congdon, P., Dodgeon, B., 2004. Area effects on health variation over the life-course: analysis of the longitudinal study sample in England using new data on area of residence in childhood. *Social Science and Medicine* 58 (1), 57-74.

Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., Nyströmet, M.E., 2011. Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research*, 11, 61. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/61>

Ellaway, A., Macintyre, S., 1998. Does housing tenure predict health in the UK because it exposes people to different levels of housing related hazards in the home or its surroundings? *Health & Place* 4 (2), 141-150.

Eser, E., Dinc, G., Oral, A.M., Ozcan, C., 2005. Contrasting children and women's health and the determinants of health in a small-sized city. *Journal of Urban Health* 82 (4), 666-681.

Fraser, B., 2011. Growing up in Rio's favelas. *Lancet* 377 (9779), 1735-1736.

Friel, S., Akerman, M., Hancock, T., Kumaresan, J., Marmot, M., Melin, T., Vlahov, D., 2011. Addressing the Social and Environmental Determinants of Urban Health Equity: Evidence for Action and a Research Agenda. *Journal of Urban Health* Aug 30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877255>

Gissler, M., Keskimäki, I., Teperi, J., Jarvelin, M., Hemminki, E., 2000. Regional equity in childhood health--register-based follow-up of the Finnish 1987 birth cohort. *Health & Place* 6 (4), 329-336.

Gross, K. S., McDermott, P. A., 2009. Use of city-archival data to inform dimensional structure of neighborhoods. *Journal of Urban Health* 86 (2), 161-182.

Halfon, N., Larson, K., Russ, S., 2010. Why Social determinants? *Healthcare Quarterly*, 14 Spec, 8-20.

Hart, J. T., 1971. The inverse care law. *Lancet* 1, 405-412.

Hillier, A., Cole, B. L., Smith, T. E., Yancey, A. K., Williams, J. D., Grier, S. A., McCarthy, W. J., 2009. Clustering of unhealthy outdoor advertisements around child-serving institutions: a comparison of three cities. *Health & Place* 15 (4), 935-945.

Junqueira, R.G.P., 2000. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, 34 (6), 117-130.

Kawachi, I., Berkman, L.F., 2000. A Historical framework for social epidemiology. In: *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press, pp 3-12.

Kumaresan, J., Prasad, A., Alwan, A., Ishikawa, N., 2010. Promoting health equity in cities through evidence-based action. *Journal of Urban Health* 87 (5), 727-732.

Lawrence, R.J., 2002. Inequalities in urban areas: innovative approaches to complex issues. *Scandinavian Journal of Public Health* (Suppl 59), 34-40.

Lovell, S.A., Kearns, R. A., Rosenberg, M.W., 2011. Community capacity building in practice: constructing its meaning and relevance to health promoters. *Health & Social Care in the Community* 19 (5), 531-540.

Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G., McKay, L., 2003. What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health & Place* 9 (3), 207-218.

Mckeown, T., 1979. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Basil Blackwell.

M'Gonigle, R.M., 1999. Ecological economics and political ecology: towards a necessary synthesis. *Ecological Economics* 28, 11-26.

Molnar, A., Adany, R., Adam, B., Gulis, G., Kosa, K., 2010. Health impact assessment and evaluation of a Roma housing project in Hungary. *Health & Place* 16 (6), 1240-1247.

Morgenstern H., 1998. Ecologic studies. In: Rothman K.J. & Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia, Lippincott-Rave Publishers, 459-480.

Moyses, S.J., Moyses, S.T., McCarthy, M., Aubrey, S., 2006. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil. *Health & Place* 12 (1), 48-64.

Moyses, S.T., Moyses, S.J., Watt, R.G., Sheiham, A., 2003. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International* 18 (3), 209-218.

Nam, E. W., De Leeuw, E., Moon, J. Y., Ikeda, N., Dorjsuren, B. and Park, M. B., 2011. Sustainable Funding of Health Initiatives in Wonju, Republic of Korea via a Tobacco Consumption Tax. *Health Promotion International* Mar 14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21363883>

Nguyên, M.N., Gauvim, L., Martineau, I., Grigon, R., 2005. Sustainability of the impact of a public health intervention: lessons learned from the laval walking clubs experience. *Health Promotion Practice* 6 (1), 44-52.

Nogueira, H., 2009. Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area. *Health & Place* 15 (1), 133-139.

Osler, M., Prescott, E., 2003. Educational level as a contextual and proximate determinant of all cause mortality in Danish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57 (4), 266-269.

ORBIS – Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. Disponível em: <<http://www.orbis.org.br>> Acesso em: 31/08/2011.

Paul, V.K., Sachdev, H.S., Mavalankar, D., Ramachandran, P., Sankar, M.J., Bhandari, N., Sreenivas, V., Sundararaman, T., Govil, D., Osrin, D., Kirkwood, B., 2011. Reproductive health, and child health and nutrition in India: meeting the challenge. *Lancet* 377 (9762), 332-349.

Pestana M.H., Gageiro, J.G., 2003. Análise Factorial. In: Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo.

Pereira, G., De Vos, A.J., Cook, A., D'Arcy, J., Holman C., 2010. Vector fields of risk: a new approach to the geographical representation of childhood asthma. *Health & Place* 16 (1), 140-146.

Porto, M.F., Martinez-Alier, J., 2007. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 23 Suppl (4), 503-512.

Qun, L., Mingsheng W., Jingcheng G., Jingxing, L., Cuifen, L., Minhui, Q., 2011. Effect of socioeconomic status on secondary prevention of stroke. *International Journal for Quality in Health Care* 23(4), 405-412.

Ribeiro, H., Gunther, W.M.R., 2002. A integração entre a educação ambiental e o saneamento ambiental como estratégia para a promoção da saúde e meio ambiente sustentado. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 8pp.

St Leger, L., 2005. Questioning sustainability in health promotion. *Health Promotion International* 20 (4), 317-319.

UNITED NATIONS, 2002. Report of the World Summit on Sustainable Development. Johannesburg, South Africa: 26 August – 4 September, 173pp.

UNMD - United Nations Millennium Declaration - 2000. Lisbon: United Nations Information Centre, 2001.

Viana, S.M., et al., 2001. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224pp.

Victora, C.G., Schellenberg, J.A., Huicho, L., Amaral, J., El Arifeen, S., Pariyo, G., Manzi, F., Scherpbier, R.W., Bryce, J., Habicht, J.P., 2005. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations. *Health Policy and Planning* 20 Suppl (1), i18-i31.

Victora, C.G., Aquino, E.M., do Carmo Leal, M., Monteiro, C.A., Barros, F.C., Szwarcwald, C. L., 2011. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 377 (9780), 1863-1876.

Watt, G., O'Donnell, C., and Sridharan, S., 2011. Building on Julian Tudor Hart's example of anticipatory care. *Primary Health Care Research & Development* 12 (1), 3-10.

Watt, R.G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S.S., Kay, E., Morgan, A., et al. (2006) Evaluating Oral Health Promotion: Need for Quality Outcome Measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 34, 11-17.

Yang, A., Farmer, P.E., McGahan, A.M., 2010. 'Sustainability' in global health. *Global Public Health* 5 (2), 129-135.

Zancan, L., Boldstein, R., Marcondes, W.B., 2002. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. ABRASCO, Rio de Janeiro, 280pp.

Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S., Levin, L., 2000. Inversión en favor de la salud. In: Conferência Mundial de Promoción de la Salud, WHO.

7 ARTIGO DOIS EM INGLÊS

SUSTAINABLE DEVELOPMENT AND CHILD HEALTH IN THE CURITIBA METROPOLITAN MESOREGION (*)

(*) Article submitted to the Journal:

Health & Place

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyse social determinants of health through the relationship between Sustainable Development and child health outcomes. The population studied lives in 37 municipalities of the Curitiba mesoregion, in the State of Paraná, Brazil. It is a cross-cutting ecological study. In the 1st phase of the study, 16 contextual indicators were obtained from the 2010 demographic census performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Principal Components Factor Analysis was undertaken to demonstrate possible correlations between social determinants of health, resulting in Sustainable Development indices for the places where the children live. In the 2nd phase the mortality rate in children aged under 5 was obtained from the Ministry of Health database. Pearson's correlation demonstrated statistically significant, moderate and negative association between the mortality rate in children aged under 5 and the Sustainable Development Index ($r=-0.42$, $p=0.01$); with the Equity component ($r=-0.38$, $p=0.02$); and with the clusters ($r=-0.50$, $p<0.01$). Contextual indicators of Sustainable Development for the places where the children live showed themselves to be associated with the child health outcome. As such, equitable and sustainable social policies, based on inclusive health promotion strategies, need to be integrated into the children's life context.

Keywords: Sustainable Development. Child Health. Equity. Epidemiology. Health Promotion.

Introduction

The term sustainable development appears in the 1987 Brundtland report, in an attempt to incorporate the concept of sustainability into that of development, defined as “development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs”. However, the incorporation of this concept into the discourses of governance has been criticized for placing greater emphasis on development, to the detriment of sustainability (CMMAD, 1991). A sustainable human action needs to be ecologically correct, based on mankind’s relationship with the environment; economically feasible, through the appropriate use of available resources; socially fair, prioritizing vulnerable individuals and groups in the quest for equity; being culturally accepted, valuing heterogeneity and providing the opportunity for inclusive participation; as well as being psychologically healthy, benefitting individual and community autonomy and empowerment (United Nations, 2002).

Nevertheless, when the concept of sustainability is associated with the concept of health promotion, it also manifests itself as the continuity, maintenance, institutionalization, incorporation and integration of intersectoral policies, actions and partnerships for sustainable development (Junqueira, 2000; Ribeiro and Gunter, 2002; Zancan et al., 2002; Yang et al., 2010; Edvardsson et al., 2011; Lovell et al., 2011; Nam et al., 2011; Watt et al., 2011). Sustainability associated with health promotion therefore has two meanings, one regarding the implantation of healthy and sustainable actions and the other regarding the permanence of inclusive processes. As such, the continuity of the alliance between the health promotion policy and sustainable development is fundamental, given that they are initiatives of a complex nature encompassing inclusive processes of collective change, the results of which have medium and long term impacts on a society (Ziglio et al., 2000). They are also associated with sustainable health improvements and the reduction of inequities through actions directed towards social determinants (Watt, 2006).

The concept of social determinants of health arose as a result of the limitations of health interventions based solely on individuals’ biological risk of illness. In order to promote health it is essential to focus on populations, with research and policy actions aimed at societies, human development and social standards and models

that contribute to the chances of people being healthy. Medical care cannot be the central component of human health care (McKeown, 1979).

The International Commission on Social Determinants of Health criticized the view that health is merely a resource for economic development and emphasized that socio-economic conditions can also determine the health status of a community. Poverty is related to poor health status, accompanying the social gradient. Such systematic health inequities are avoidable and, therefore, unfair, thus establishing an ethical imperative for them to be addressed. Social inequities are killing human beings on a large scale (WHO, 2008).

Evidence on social determinants of health shows that children are a target group particularly sensitive to social determination, especially in the early years of life. Early social exposures program the body's biological systems and may result in chronic disease in adult life. Child health inequities can be early determinants of inequities found in adolescent and adult populations. The first years of life can influence the entire life cycle (Kawachi and Berkman, 2000). Health promotion in early childhood can therefore be targeted towards the development of community strategies to minimize social risks and obtain positive child health outcomes (Halfon et al., 2010).

Based on the assumption that one of the fundamental principles of health promotion is the development of actions aimed at the population's needs, studies have indicated certain reasons for health variations between people and societies (Shouls et al., 1996; Ellaway and Macintyre, 1998; Viana, 2001; Chiesa et al., 2002; Lawrence, 2002; Moyses et al., 2003; Osler and Prescott, 2003; Macintyre et al., 2003; Curtis et al., 2004; Moyses et al., 2006; Nogueira, 2009; Bueno et al., 2010; Carvalho et al., 2010; Kumaresan et al., 2010; Molnar et al., 2010; Friel et al., 2011; Qun et al., 2011). According to St. Leger (2005), a need exists for more in-depth studies and the definition of indicators for monitoring the sustainability of health promotion actions. Projects are sustained when there is planning, continuous monitoring using indicators and feedback on this information to those involved, i.e., constant evaluation (Chalmers et al., 2003). They are also sustained when they are articulated intersectorally with the local development of health promotion (Nguyễn et

al., 2005). For this reason planning, implementation, monitoring and decision taking should be aimed at sustainable and healthy development.

The purpose of this study was to analyse social determinants of health through the relationship between Sustainable Development and child health outcomes.

Method

This is an ecological cross-cutting study using evaluated measures of the health status of human groups, and how it is influenced by social, environmental, behavioural and economic conditions (Morgenstern, 1998).

The study was developed in two distinct phases. In the 1st Phase contextual indicators were obtained from the 2010 demographic census undertaken by IBGE – the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, 2010). 16 contextual variables were obtained based on the theoretical framework resulting from the review of the literature, as well as on information available on the 37 municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion, namely: 1) literacy rate of women; 2) proportion of households connected to mains water supply; 3) proportion of households with garbage collection; 4) child development index; 5) 1991 Municipal Human Development Index (HDI-M 1991); 6) 2000 HDI-M; 7) number of inhabitants; 8) rate of urbanization; 9) demographic density; 10) distance from the state capital; 11) average female income; 12) average overall income; 13) proportion of employed women; 14) Gross Domestic Product *Per Capita*; 15) proportion of forest coverage; 16) remaining proportion of the Atlantic Rainforest (Source: IBGE, 2010).

Principal Components Factor Analysis was undertaken to demonstrate possible correlations between the contextual variables linked to social determinants of child health, as well as to simplify the data by reducing the number of factors needed to describe them (**Table 1**). This analysis assumes the existence of a smaller number of variables underlying the data (components) and which express collinearity, i.e., what the original variables have in common (**Table 2**). This analysis also enabled the evaluation of the validity of the variables that made up the components, informing whether or not they have loaded the concepts they intend to express. The analysis

was chosen to weight the indicators and to reduce them to a single synthetic Sustainable Development indicator for the municipalities studied. The principal components were extracted using the Varimax orthogonal rotation method via the SPSS 16.0 computer program to assess the number of principal components based on their own values. Each principal component produces a “self-value”, which can be understood as the total amount of variance explained by the component. The criterion adopted and which is broadly used in the specialized literature was the self-value of greater than 1 (Pestana and Gageiro, 2003).

Based on this analysis the synthetic Sustainable Development indices (final scores) were calculated for each municipality, taking the weighted average of the scores obtained through the factor analysis for the principal components of the 16 contextual variables and for the total variance explained by the 4 components, using the following equation:

$\text{Synthetic Sustainable Development index} = ((\text{score of the 1}^{\text{st}} \text{ Component} \times \text{variance of the 1}^{\text{st}} \text{ Component}) + (\text{score of the 2}^{\text{nd}} \text{ Component} \times \text{variance of the 2}^{\text{nd}} \text{ Component}) + (\text{score of the 3}^{\text{rd}} \text{ Component} \times \text{variance of the 3}^{\text{rd}} \text{ Component}) + (\text{score of the 4}^{\text{th}} \text{ Component} \times \text{variance of the 4}^{\text{th}} \text{ Component})) / \text{total variance}$
--

The synthetic Sustainable Development indices described the performance of the municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion related to the contextual variables, using the regression method (**Table 3**).

In the 2nd Phase of the study, the child health outcome expressed by the mortality rate in children aged under 5 was obtained from the Ministry of Health database (Source: DATASUS, 2010). These secondary data were aggregated by municipality.

The study's population was taken from the 37 municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion. They were classified and divided into 4 groups using hierarchical cluster analysis, based on their homogeneity in relation to the squared Euclidian distance from the factor analysis scores (sustainable development index) calculated using the regression method (**Figure 2**). Finally, Pearson's correlation was performed on the 4 principal components of the factor analysis of both the clusters

and their Sustainable Development indices. Their respective coefficients of determination and child health outcome were also calculated (**Table 4**).

Results

The Principal Components Analysis explained 86.06 % of the total variance of the distribution of the 16 variables in the 4 principal components identified (**Table 1**).

TABLE 1 – Total variance explained by the final rotated solution, for the 16 variables/covariables of 37 municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion; 2010.

Component	Rotation Sum of Squared Loadings		
	Total	% Variation	Cumulative %
Equity	6,11	38,18	38,18
Demographic Profile	2,64	16,47	54,65
Environmental Sustainability	2,60	16,26	70,91
Economic Sustainability	2,42	15,15	86,06

Method of Extraction: Principal Component Analysis

The framework of rotated loadings (**Table 2**) determined how many and which of the 16 variables were loaded in each principal component.

TABLE 2 – Framework of rotated components, component loadings and labels, for 37 municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion; 2010.

Variables	Principal Components			
	Equity	Demographic Profile	Environmental Sustainability	Economic Sustainability
Child Development Index	.93			
Proportion of households connected to mains water supply	.91			
Proportion of households with garbage collection	.91			
Literacy rate of women	.90			
HDI-M 1991	.86			
HDI-M 2000	.85			
Rate of urbanization	.81			
Population		.93		
Demographic density		.90		
Remaining proportion of the Atlantic Rainforest			.96	
Proportion of forest coverage			.95	
Distance of the municipality from the state Capital			.62	
GDP per capita				.88
Average income				.80
Female income				.72
Employed women				-.52
Extraction Method: Principal Components Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation convergent in 6 iterations. Component Scoring.				

Given that in the principal components analysis the components obtained were combined in a Sustainable Development Index (final score), this enabled the

municipalities to be classified on an ordinal scale, varying from 1.28 (best performance) to -1.16 (worst performance), as per **Table 3**.

TABLE 3 – Summary of child health case outcomes, principal components and Sustainable Development Index (performance profile in decreasing order) for the 37 municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion, 2010.

Municipality	Mortality < 5 years (2009)	Mortality < 5 years (2001- 2010)	Equity	Demo- graphic Profile	Environ- mental Sustain- ability	Economic Sustaina- bility	Sustain- able Develop- ment Index
1 Curitiba	10.82	12,92	0.42	5.52	-0.35	0.59	1.28
2 Araucária	12.94	15,61	0.57	-0.49	-0.37	4.16	0.82
3 Matinhos	2.43	16,63	1.09	0.15	2.16	-0.70	0.80
4 Paranaguá	19.83	21,37	0.68	-0.56	1.12	1.60	0.69
5 São José dos Pinhais	14.53	16,43	0.72	0.09	0.19	1.79	0.69
6 Guaratuba	15.32	18,21	0.75	0.03	2.23	-0.76	0.63
7 Pontal do Paraná	14.39	21,18	0.85	-0.33	1.81	-0.40	0.58
8 Quatro Barras	23.33	16,80	0.82	-0.52	0.37	1.05	0.52
9 Pinhais	14.41	17,33	1.08	0.57	-1.20	0.09	0.38
10 Antonina	4.15	20,01	0.36	-0.38	1.44	0.05	0.36
11 Campina Grande Sul	8.36	22,34	0.60	-0.01	0.44	-0.11	0.33
12 Rio Negro	16.55	22,86	0.80	-0.55	-0.08	-0.09	0.22
13 Campo Largo	13.75	18,21	0.93	-0.28	-0.59	-0.37	0.18
14 Morretes	25.10	16,30	-0.02	0.06	1.60	-0.76	0.17
15 Fazenda Rio Grande	13.84	18,52	0.99	0.16	-0.76	-1.06	0.14
16 Piraquara	14.65	17,71	0.63	0.44	-0.06	-1.22	0.14
17 Colombo	15.71	18,23	0.82	0.44	-0.98	-0.73	0.13
18 Piên	14.29	12,74	0.11	-0.40	-0.17	0.51	0.03
19 Campo Magro	12.95	17,41	0.36	-0.37	-0.81	0.47	0.02
20 Balsa Nova	12.58	19,08	0.45	-0.58	-0.80	0.39	0.00
21 Almirante Tamandaré	10.69	18,20	0.56	-0.01	-0.82	-0.71	-0.03
22 Porto Amazonas	17.24	22,49	0.60	-0.98	-0.95	-0.27	-0.15
23 Lapa	25.48	20,75	-0.01	-0.08	-0.39	-0.55	-0.19
24 Contenda	26.18	25,32	0.04	-0.07	-0.80	-0.52	-0.24
25 Bocaiúva do Sul	28.41	26,47	-0.43	-0.19	0.02	-0.38	-0.29
26 Mandirituba	26.39	20,07	-0.03	-0.24	-0.71	-0.74	-0.32
27 Rio Branco do Sul	13.65	23,54	-0.47	-0.35	-0.84	0.07	-0.42
28 Quitandinha	9.57	13,35	-0.65	0.21	-0.23	-0.80	-0.43
29 Guaraqueçaba	9.62	20,17	-1.95	0.33	2.23	-0.46	-0.46
30 Tijucas do Sul	24.04	21,15	-0.84	-0.26	-0.28	0.04	-0.47
31 Adrianópolis	31.91	34,91	-1.99	0.15	0.75	1.04	-0.53
32 Campo do Tenente	24.59	16,81	-0.40	-0.57	-0.62	-0.73	-0.53
33 Itaperuçu	11.36	23,44	-0.37	-0.65	-1.01	-0.42	-0.55
34 Tunas do Paraná	38.46	29,11	-1.20	-0.45	0.19	0.11	-0.56
35 Agudos do Sul	18.87	20,83	-0.78	-0.26	-0.80	-0.48	-0.63
36 Cerro Azul	23.17	27,36	-2.04	-0.03	-0.73	-0.51	-1.14
37 Doutor Ulysses	15.63	41,43	-3.05	0.46	-0.20	0.80	-1.16

Pearson's correlation (**Table 4**) demonstrated statistically significant, moderate and negative association of the mortality rate in children aged under 5 with the Sustainable Development index, with the clusters, and with the Equity component.

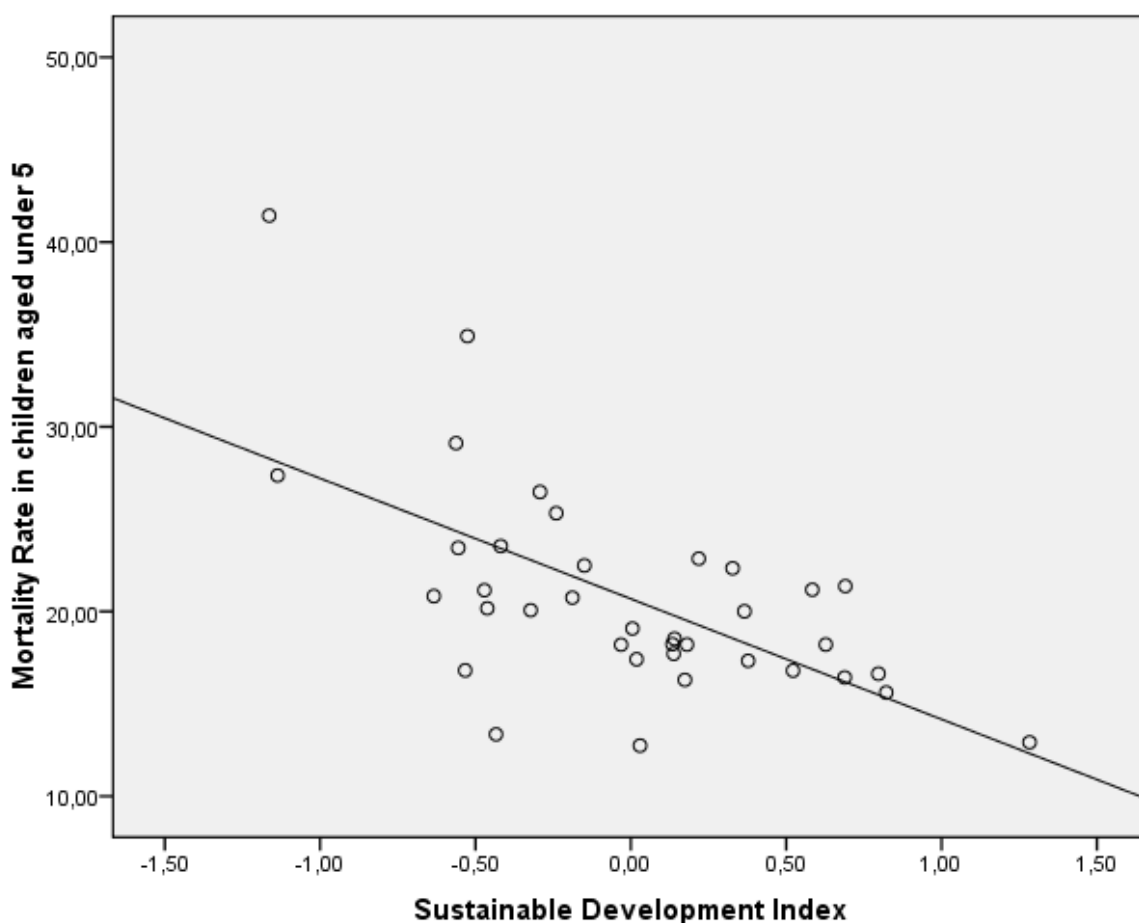
However, association was not observed between the outcome, separately, and the Components relating to Environmental Sustainability ($r=-0.14$; $p=0.39$); Economic Sustainability ($r=-0.05$; $p=0.98$) and Demographic Profile ($r=-0.18$; $p=0.28$). The child health outcome determination coefficient (R^2) was statistically significant in relation to the Sustainable Development index ($R^2=0.18$; $p=0.01$); Equity ($R^2=0.14$; $p=0.02$); and the Clusters ($R^2=0.25$; $p<0.01$).

TABLE 4 – Pearson's Correlation of the Sustainable Development Index, principal components and clusters with the mortality rate in children aged under 5 in the Curitiba metropolitan mesoregion, (2009) and (2001-2010).

	Equity		Demographic Profile		Clusters		Sustainable Development Index	
	Coefficient	p	Coefficient	p	Coefficient	p	Coefficient	p
Mortality in children aged under 5 (2009)	-,377	,021	-,182	,281	-,502	,002	-,420	,010
Mortality in children aged under 5 (2001-2010)	-,696	,000	-,182	,281	-,683	,000	-,624	,000

The Component relating to Equity explained 14% of the variance in the mortality rate in children aged under 5; the clusters explained 25% and the Sustainable Development index explained 18% of the variance in this outcome, as per **Figure 1**.

FIGURE 1 – Correlation between the Sustainable Development Index and the Mortality Rate in children aged under 5, for the 37 municipalities of the Curitiba metropolitan mesoregion, 2001-2010.

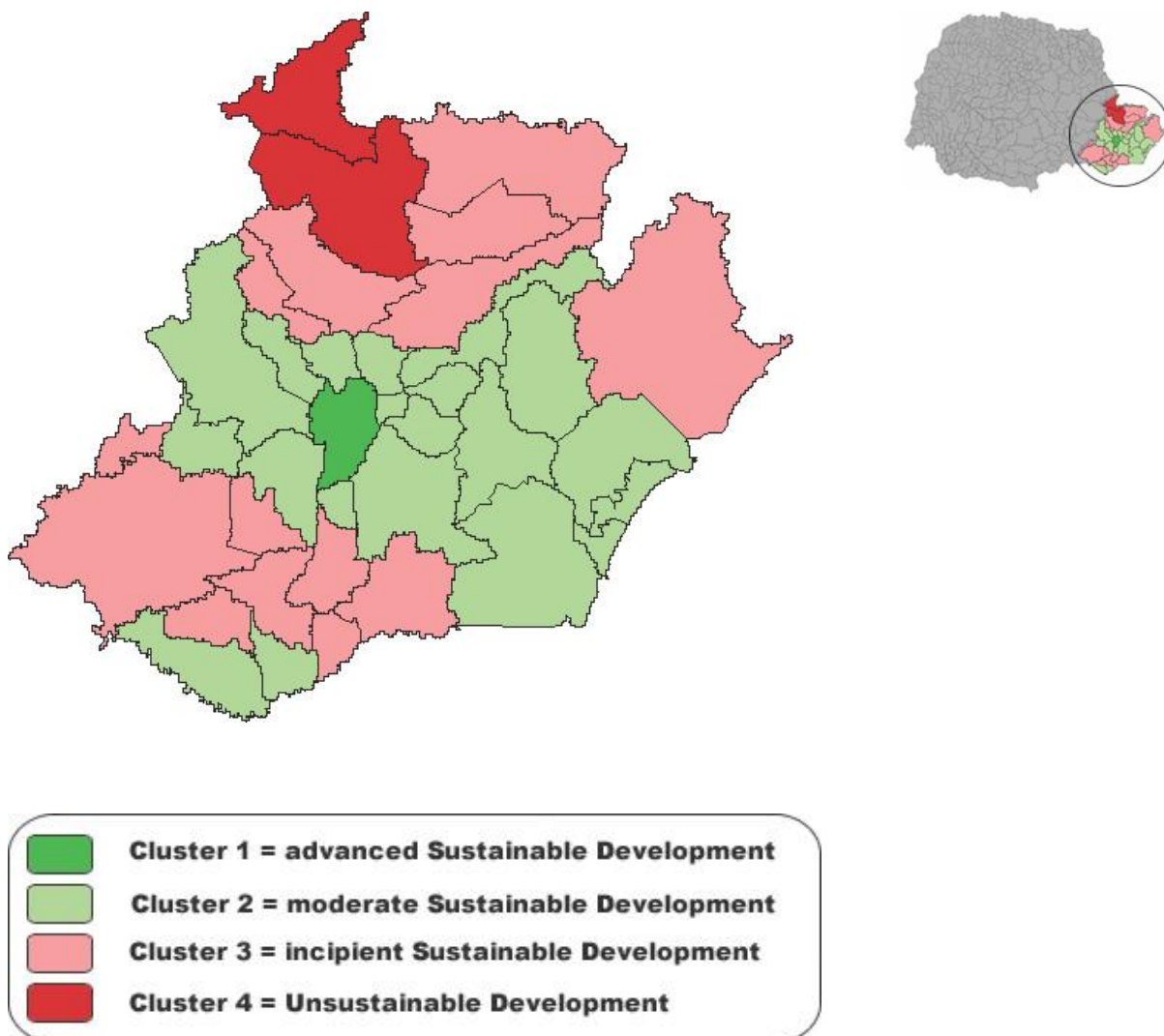


$$R^2 = 0,39$$

$$r = -0,62 \text{ (} p < 0,01 \text{)}$$

The synthetic Sustainable Development index was used to classify the municipalities of the Curitiba metropolitan mesoregion (state of Paraná) in 4 groups using hierarchical cluster analysis based on the squared Euclidian distance from the factor analysis scores, using the computer program ArcMap 9.2, as per **Figure 2**.

FIGURE 2 – Classification based on the Final Score (Sustainable Development Index): profile of the performance of the municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion (state of Paraná).



Discussion

The Curitiba metropolitan mesoregion is comprised of 37 municipalities and covers a total area of 22,825 square kilometres, being equivalent to 11.45% of the total area of the State of Paraná. It has a population of 3,493,742 inhabitants and demographic density of 153.07 inhabitants per square kilometre, according to the 2010 IBGE census (IBGE, 2010). It is a singular region, with its own particular environmental, social and economic characteristics, in addition to relevant elements

with regard to the history of the beginning of the territorial occupation of the state of Paraná as part of the process of Brazil's colonization (ORBIS, 2011).

The limitations proper to an ecological study, whereby the observations obtained cannot be inferred in relation to individuals, including the risk of crossed-classification and migration between the population layers, must be considered in the interpretation of the results (Morgenstern, 1998). In this study, the collinearity of the contextual variables was minimized using principal component analysis (Pestana and Gageiro, 2003).

The dimensions of Equity and Sustainability were confirmed as being significant for the contextual variables by the principal component analysis. Only Governance was not able to be confirmed because data was not available for this dimension for the whole of the Curitiba metropolitan mesoregion. The difficulty in obtaining data on Governance can be explained by its relative conceptual incipience and the lack of use of specific indicators sensitive to this dimension. This study showed statistically significant correlation of the component relating to Equity, Clusters and the Sustainable Development index of the municipalities analysed with the child health outcome.

With regard to the component relating to Equity, the principal component analysis highlighted above all the Child Development Index, which places considerable emphasis on level of schooling of mothers, and the literacy rate of women. In the studies on social inequities, a higher level of schooling among mothers, thereby increasing maternal autonomy in caring for children, has been one of the principal contextual variables generating impacts on the reduction of the child mortality rate. An inverse relationship is evidenced between the level of schooling in mothers and mortality in children aged under five. In 1990, in Brazil, child mortality was 89.7% in the case of mothers with less than four years of schooling and 30.3% in the case of mothers with more than eight years of schooling, this being a clear sign of social inequities in child health (CDSS, 2008).

The contextual inequities in child health can determine at an early age the inequities revealed in teenage and adult populations, i.e. the first years of life can influence the entire life cycle (Kawachi and Berkman, 2000). Studies in several

countries monitoring living conditions and health status and exploring the geospatial dimension highlight the importance of this approach in the socio-environmental investigation of the risk of places on health outcomes (Gissler et al., 2000; Eser et al., 2005; Victora et al., 2005; Gross and McDermott, 2009; Hillier et al., 2009; Andrzejewski et al., 2009; Pereira et al., 2010; Acuin et al., 2011; Fraser, 2011; Paul et al., 2011; Victora et al., 2011). A strong influence exists in the possible decisions taken by mothers to live in a given municipality based on conditions necessary to bring up their children, such as access to services, recreation, transport and work. This concern on the part of mothers reflects the importance of understanding the relationship between a place and child health (Andrews, 2010).

In Canada, evidence from studies has demonstrated that children are a target group particularly sensitive to social determinants of health, especially in the first years of life. Early social exposures remain recorded in the human biological system and may result in chronic conditions later in life. Egocentric ways of thinking in societies such as those of Canada and the United States cause delays to social development. It is for this reason that intersectoral policies are fundamental for interrupting trajectories between social risks and child health outcomes (Hafton et al, 2010).

Studies in Tanzania and Peru have shown that contextual factors can help to explain apparently conflicting evaluation results (Victora et al., 2005). In Brazil, social programmes can have greater influence on improving maternal and child health than specific mother and child welfare programmes (Victora et al., 2011). As long ago as 1979 McKeown stated that medical care is not the principal factor determining the health of populations. Brazil's Northeast region, which has low social and economic development indices and low supply of education, basic sanitation and health services, has the highest mortality rates in all income brackets, especially in the lowest bracket, when compared to the Midwest and Southern regions in 1990, 2000 and 2005 (CDSS, 2008).

The findings of this study emphasize the influence of contextual factors on child health, as the component relating to Equity was shown to be inversely associated with the mortality rate in children aged under five, i.e., a tendency for

higher rates of child mortality to occur in those municipalities with the worst social equity indicators.

Collective Health has incorporated contributions from other fields of knowledge, such as political ecology which provides theoretical support to investigation on sustainable development and the health of populations and regions (Porto and Martinez-Alier, 2007). This is a basis for evidence obtained through the analysis of rich, healthy and isolated clusters (geographic agglomerations) in poor, unhealthy and outlying urban territories lacking in social services and basic sanitation (M'Gonigle, 1999).

In the municipalities of the State of Paraná, the post-neonatal child mortality rate varied between 8.7 per thousand live births in the cluster with the worst living conditions to 6.3 per thousand live births in the cluster with the best living conditions in the five year period 1997/2001 (Andrade et al., 2006). This finding reinforces the statistically significant association in the cluster analysis of the Curitiba metropolitan mesoregion, whereby paradoxically there was a tendency for those municipalities furthest from the capital of the state of Paraná and with greater coverage of forest or native rainforest, i.e. where natural resources have greater environmental sustainability, to have higher rates of mortality in children aged under five, perhaps because of the lack of economic value attributed to their natural resources. Hence the manifestation of the paradox between environmental sustainability and economic sustainability whereby natural resources are not valued in order to affectively achieve Sustainable Development. This observation can be called the “Inverse Sustainability Law”, through analogy with Hart (1971) and his “Inverse Care Law”. The group of municipalities with the lowest Sustainable Development Indices has the highest rates of child mortality, thus polarizing the outcome. As such, the findings demonstrate the need for equitable public policies on economic incentives for those municipalities that preserve their natural resources and perpetuate the consequent local and global benefits for the health of mankind and the planet, including future generations, thereby reconciling environmental and economic sustainability.

In the Curitiba metropolitan mesoregion, between 1990 and 2010, the mortality rate in children aged under five reduced from 42 to 17 deaths per 1000 live births,

representing a reduction of 59%. Even with this significant reduction, the rate needs to fall a further 7% to achieve the Millennium Development Goal number 4, namely to reduce child mortality in children aged under five by 2/3 by the year 2015 (UNMD, 2001).

The specialized literature has found that contextual factors can explain a possible tendency in child health outcomes (Gissler et al., 2000; Kawachi and Berkman, 2000; Eser et al., 2005; Victora et al., 2005; Gross and McDermott, 2009; Hillier et al., 2009; Andrzejewski et al., 2009; Andrews, 2010; Halfon, 2010; Pereira et al., 2010; Acuin et al., 2011; Fraser, 2011; Paul et al., 2011; Victora et al., 2011). These studies reinforce the findings of the present study. These socio-epidemiological results are significant, as child health outcomes are mostly explained by and restricted to biological factors. The results can contribute to encouraging analysis, including more in-depth analysis, of social determinants of health, as indicated by contextual factors, and their relationship with places and child health in populations.

Conclusion

Contextual indicators of the places where children live have demonstrated themselves as being associated with the mortality rate in children aged under five. The Sustainable Development index of the municipalities in the Curitiba metropolitan mesoregion, its clusters and the component relating to Equity demonstrated relevant correlation with the child health outcome. As such, equitable and sustainable social policies, rather than the “Inverse Sustainability Law”, based on inclusive population health promotion strategies, aimed at social determinants of health, need to be integrated into the context of children’s lives. The Sustainable Development Index can be used for monitoring policies. However, longitudinal studies are needed for a more in-depth evaluation of the performance and impact of social policies on child health in order to effectively achieve Sustainable and Healthy Development.

References

- Acuin, C.S., Khor, G.L., Liabsuetrakul, T., Achadi, E.L., Htay, T.T., Firestone, R., Bhutta, Z.A., 2011. Maternal, neonatal, and child health in southeast Asia: towards greater regional collaboration. *Lancet* 377 (9764), 516-525.
- Andrade, S.M. de, Soares, D.A., Matsuo, T., Souza, R.K.T. de, Mathias, T.A. de, Freitas, I.M.L.H., Zequim, M.A., 2006. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cadernos de Saúde Pública* 22 (1), 181-189.
- Andrzejewski, C.S., Reed, H.E., White, M.J., 2009. Does where you live influence what you know? Community effects on health knowledge in Ghana. *Health & Place* 15 (1), 228-238.
- Andrew, F.J., 2010. Parental perceptions of residential location: Impacts on children's health. *Health & Place* 16 (2), 252-258.
- BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Demographic Census 1991, 2000, 2010. IBGE, Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 29/08/2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 29/08/2011.
- Bueno, R.E., Moyses, S.J., Moyses, S.T., 2010. Millennium development goals and oral health in cities in southern Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38, 197-205.
- Bueno, R.E., 2011. Tese de doutorado. Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde: Interfaces entre Sustentabilidade, Governança e Equidade. Orientador: Moysés, S.T., Curitiba, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- Carvalho, M.L., Moysés, S.J., Bueno, R.E., Shimakura, S., Moysés, S.T., 2010. A geographical population analysis of dental trauma in school-children aged 12 and 15 in the city of Curitiba-Brazil. *BMC Health Services Researches* Jul;10:203. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/203>

CDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 220pp.

Chalmers, M.L., Housemann, R.A., Wiggs, I., Newcomb-Hagood, L., Malone, B., Brownson, R.C., 2003. Process evaluation of the monitoring log system for community coalition activities-five year results and lessons learned. *American Journal of Health Promotion* 17(3), 190-196.

Chiesa, A.M., Westphal, M.F., Kashiwagi, N.M., 2002. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (5), 559-567.

CMMAD - Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, 1991. Nosso Futuro Comum. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 430pp.

Curtis, S., Southall, H., Congdon, P., Dodgeon, B., 2004. Area effects on health variation over the life-course: analysis of the longitudinal study sample in England using new data on area of residence in childhood. *Social Science and Medicine* 58 (1), 57-74.

Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I., Nyströmet, M.E., 2011. Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research*, 11, 61. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/61>

Ellaway, A., Macintyre, S., 1998. Does housing tenure predict health in the UK because it exposes people to different levels of housing related hazards in the home or its surroundings? *Health & Place* 4 (2), 141-150.

Eser, E., Dinc, G., Oral, A.M., Ozcan, C., 2005. Contrasting children and women's health and the determinants of health in a small-sized city. *Journal of Urban Health* 82 (4), 666-681.

Fraser, B., 2011. Growing up in Rio's favelas. *Lancet* 377 (9779), 1735-1736.

Friel, S., Akerman, M., Hancock, T., Kumaresan, J., Marmot, M., Melin, T., Vlahov, D., 2011. Addressing the Social and Environmental Determinants of Urban Health Equity: Evidence for Action and a Research Agenda. *Journal of Urban Health* Aug 30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877255>

Gissler, M., Keskimäki, I., Teperi, J., Jarvelin, M., Hemminki, E., 2000. Regional equity in childhood health--register-based follow-up of the Finnish 1987 birth cohort. *Health & Place* 6 (4), 329-336.

Gross, K. S., McDermott, P. A., 2009. Use of city-archival data to inform dimensional structure of neighborhoods. *Journal of Urban Health* 86 (2), 161-182.

Halfon, N., Larson, K., Russ, S., 2010. Why Social determinants? *Healthcare Quarterly*, 14 Spec, 8-20.

Hart, J. T., 1971. The inverse care law. *Lancet* 1, 405-412.

Hillier, A., Cole, B. L., Smith, T. E., Yancey, A. K., Williams, J. D., Grier, S. A., McCarthy, W. J., 2009. Clustering of unhealthy outdoor advertisements around child-serving institutions: a comparison of three cities. *Health & Place* 15 (4), 935-945.

Junqueira, R.G.P., 2000. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, 34 (6), 117-130.

Kawachi, I., Berkman, L.F., 2000. A Historical framework for social epidemiology. In: *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press, pp 3-12.

Kumaresan, J., Prasad, A., Alwan, A., Ishikawa, N., 2010. Promoting health equity in cities through evidence-based action. *Journal of Urban Health* 87 (5), 727-732.

Lawrence, R.J., 2002. Inequalities in urban areas: innovative approaches to complex issues. *Scandinavian Journal of Public Health* (Suppl 59), 34-40.

Lovell, S.A., Kearns, R. A., Rosenberg, M.W., 2011. Community capacity building in practice: constructing its meaning and relevance to health promoters. *Health & Social Care in the Community* 19 (5), 531-540.

Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G., McKay, L., 2003. What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health & Place* 9 (3), 207-218.

Mckeown, T., 1979. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford: Basil Blackwell.

M'Gonigle, R.M., 1999. Ecological economics and political ecology: towards a necessary synthesis. *Ecological Economics* 28, 11-26.

Molnar, A., Adany, R., Adam, B., Gulis, G., Kosa, K., 2010. Health impact assessment and evaluation of a Roma housing project in Hungary. *Health & Place* 16 (6), 1240-1247.

Morgenstern H., 1998. Ecologic studies. In: Rothman K.J. & Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia, Lippincott-Rave Publishers, 459-480.

Moyses, S.J., Moyses, S.T., McCarthy, M., Aubrey, S., 2006. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil. *Health & Place* 12 (1), 48-64.

Moyses, S.T., Moyses, S.J., Watt, R.G., Sheiham, A., 2003. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International* 18 (3), 209-218.

Nam, E. W., De Leeuw, E., Moon, J. Y., Ikeda, N., Dorjsuren, B. and Park, M. B., 2011. Sustainable Funding of Health Initiatives in Wonju, Republic of Korea via a Tobacco Consumption Tax. *Health Promotion International* Mar 14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21363883>

Nguyên, M.N., Gauvim, L., Martineau, I., Grigon, R., 2005. Sustainability of the impact of a public health intervention: lessons learned from the laval walking clubs experience. *Health Promotion Practice* 6 (1), 44-52.

Nogueira, H., 2009. Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area. *Health & Place* 15 (1), 133-139.

Osler, M., Prescott, E., 2003. Educational level as a contextual and proximate determinant of all cause mortality in Danish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57 (4), 266-269.

ORBIS – Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. Disponível em: <<http://www.orbis.org.br>> Acesso em: 31/08/2011.

Paul, V.K., Sachdev, H.S., Mavalankar, D., Ramachandran, P., Sankar, M.J., Bhandari, N., Sreenivas, V., Sundararaman, T., Govil, D., Osrin, D., Kirkwood, B., 2011. Reproductive health, and child health and nutrition in India: meeting the challenge. *Lancet* 377 (9762), 332-349.

Pestana M.H., Gageiro, J.G., 2003. Análise Factorial. In: Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo.

Pereira, G., De Vos, A.J., Cook, A., D'Arcy, J., Holman C., 2010. Vector fields of risk: a new approach to the geographical representation of childhood asthma. *Health & Place* 16 (1), 140-146.

Porto, M.F., Martinez-Alier, J., 2007. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 23 Suppl (4), 503-512.

Qun, L., Mingsheng W., Jingcheng G., Jingxing, L., Cuifen, L., Minhui, Q., 2011. Effect of socioeconomic status on secondary prevention of stroke. *International Journal for Quality in Health Care* 23(4), 405-412.

Ribeiro, H., Gunther, W.M.R., 2002. A integração entre a educação ambiental e o saneamento ambiental como estratégia para a promoção da saúde e meio ambiente sustentado. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 8pp.

St Leger, L., 2005. Questioning sustainability in health promotion. *Health Promotion International* 20 (4), 317-319.

UNITED NATIONS, 2002. Report of the World Summit on Sustainable Development. Johannesburg, South Africa: 26 August – 4 September, 173pp.

UNMD - United Nations Millennium Declaration - 2000. Lisbon: United Nations Information Centre, 2001.

Viana, S.M., et al., 2001. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224pp.

Victora, C.G., Schellenberg, J.A., Huicho, L., Amaral, J., El Arifeen, S., Pariyo, G., Manzi, F., Scherpbier, R.W., Bryce, J., Habicht, J.P., 2005. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations. *Health Policy and Planning* 20 Suppl (1), i18-i31.

Victora, C.G., Aquino, E.M., do Carmo Leal, M., Monteiro, C.A., Barros, F.C., Szwarcwald, C. L., 2011. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 377 (9780), 1863-1876.

Watt, G., O'Donnell, C., and Sridharan, S., 2011. Building on Julian Tudor Hart's example of anticipatory care. *Primary Health Care Research & Development* 12 (1), 3-10.

Watt, R.G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S.S., Kay, E., Morgan, A., et al. (2006) Evaluating Oral Health Promotion: Need for Quality Outcome Measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 34, 11-17.

Yang, A., Farmer, P.E., McGahan, A.M., 2010. 'Sustainability' in global health. *Global Public Health* 5 (2), 129-135.

Zancan, L., Boldstein, R., Marcondes, W.B., 2002. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. ABRASCO, Rio de Janeiro, 280pp.

Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S., Levin, L., 2000. Inversión en favor de la salud. In: Conferência Mundial de Promoción de la Salud, WHO.

7 ARTIGO TRÊS

**GOVERNANÇA, SUSTENTABILIDADE E EQUIDADE NA VIII CONFERÊNCIA DE
SAÚDE E NO PLANO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, PARANÁ (*)**

(*) Artigo submetido à Revista:

Ciência & Saúde Coletiva

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar o Relatório Final da VIII Conferência Municipal e o Plano de Saúde de São José dos Pinhais 2010-2013 e verificar se esses documentos contemplaram as categorias do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde (Sustentabilidade; Políticas de Governo e Estado; Governança; Balanço de Poder; Equidade; Processo Inclusivo e Resultados Impactantes). Trata-se de um estudo de caso, no qual se utilizou a técnica de análise de conteúdo sistematizada pelo programa computacional ATLAS Ti 5.0. Das 331 propostas aprovadas na Conferência de Saúde, de acordo com o Plano de Saúde, 162 (49%) delas contemplaram as seis categorias do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde, sendo classificadas como propostas totalmente de Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde. Entretanto, 95 (29%) das propostas contemplaram três categorias do referido Modelo, sendo classificadas como propostas parcialmente de Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde. Finalmente, 74 (22%) das propostas contemplaram somente uma categoria, sendo classificadas como propostas incipientes de Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde. Conclui-se que as interfaces e os conceitos abordados foram significativamente contemplados na Conferência e no Plano de Saúde de São José dos Pinhais. Nesta perspectiva, o controle social mostrou-se, em nível de planejamento, promotor da saúde na VIII Conferência Municipal de Saúde, amplamente divulgada pelo governo local, fomentando a gestão participativa. Portanto, fica o desafio, aos cidadãos, Ministério Público e ao Conselho de Saúde, de fiscalizar a execução do Plano de Saúde, para consolidar o Desenvolvimento Humano e a Promoção e Produção da Saúde Pública.

Palavras-chave: Políticas de Controle Social; Participação Comunitária; Equidade; Desenvolvimento Sustentável; Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

A governança em saúde no Brasil obteve nova configuração com a implantação do Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹ - possibilitando a sua efetivação entre as três esferas de gestão do SUS. Este Pacto visa à reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, tem redefinido responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A participação social no SUS constitui um princípio fundamental na governança democrática e no pacto de gestão ^{1,2}.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os princípios doutrinários do SUS - universalidade, equidade e integralidade, foram alicerçados. Eles têm orientado a operacionalização dos princípios organizativos do SUS, constituídos pela regionalização e hierarquização, controle social e descentralização ². O controle social está assegurado pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e principalmente pela Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Ele é exercido pela participação social nas Conferências, formalizado no Plano de Saúde e Relatórios de Gestão, bem como nos Conselhos de Saúde, possibilitando a construção de uma interconexão entre Estado e sociedade em uma governança democrática. Desta maneira, pode ser um canal de desenvolvimento do empoderamento individual e comunitário no balanço de poder de grupos sociais possibilitando a promoção da equidade em saúde. O controle social tem sido fortalecido pela descentralização da saúde no Brasil, reduzindo o clientelismo local e fomentando o parecer do corpo técnico e as propostas dos conselhos e das conferências de saúde ²⁻⁴.

A sustentabilidade nos processos inclusivos de planejamento direcionados a obtenção de resultados impactantes na equidade em saúde, mostra-se também como continuidade, manutenção, institucionalização, incorporação, integração de políticas, ações e de parcerias no desenvolvimento das Conferências e do Plano de Saúde. O Plano de Saúde não é apenas um requisito para que os municípios

recebam recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, mas também é o instrumento que guia todas as medidas e iniciativas na esfera de gestão do SUS, além de promover o controle social ¹⁻⁴.

As políticas integradas de governo e de Estado com a participação social estabelecem as práticas intersetoriais de promoção da saúde, da melhoria na qualidade de vida e no desenvolvimento humano. Elas se configuram em princípios direcionados ao empoderamento individual e comunitário na governança de ações sobre os determinantes sociais da promoção da saúde. A temática abordada é bastante ampla e complexa, porém ainda é muito relevante quando explorada de forma a operacionalizar e fortalecer as evidências na efetiva consolidação dos princípios do SUS em sistemas locais promotores de saúde ^{2,5,9-27}. Com esta finalidade, apresenta-se um possível caminho para planejamento, implementação e tomada de decisões na gestão de sistemas locais de saúde fundamentados em princípios do SUS e, nas interfaces e conceitos de governança, sustentabilidade e equidade presentes no Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde ⁸. Por isso, o objetivo desta pesquisa foi analisar o Relatório Final da VIII Conferência de Saúde e o Plano Municipal de Saúde de São José dos Pinhais 2010-2013 e verificar se esses documentos contemplaram as interfaces e os conceitos de governança, sustentabilidade e equidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, no qual foram analisados o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e o Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde de São José dos Pinhais ⁶. O município de São José dos Pinhais foi fundado em 08/01/1853. Está localizado a 15 km da capital do Paraná, na região metropolitana de Curitiba. Possui área territorial de 946,44 km², sendo 764,04 km² de área rural. Possui população de 264.210 habitantes, sendo 236.895 de população urbana, e PIB *per capita* de 38.154,90 reais, segundo o censo de 2010 do IBGE. Sua economia se destaca pela presença do Aeroporto Internacional Afonso Pena e de grandes montadoras automotivas. Sua Rede Municipal de Saúde é composta por 35

Unidades de Serviço, sendo 22 Unidades Básicas e 13 Unidades Especializadas, e 1451 profissionais em 2010 ⁶.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin ⁷, especificamente pela análise por categorias temáticas, sistematizada pelo programa computacional de análise de dados qualitativos ATLAS Ti 5.0. A análise de conteúdo, preconizada por Bardin ⁷, tem suas fases arranjadas em 3 pólos cronológicos: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise documental foi dividida nessas 3 fases. Na fase 1, foram selecionados os textos por uma “leitura flutuante”; escolha dos documentos; formulação de hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração dos indicadores – categorias temáticas; e preparação do material. Optou-se pela análise documental das Portarias do Pacto pela Saúde ¹, contrapondo com os textos do Plano Municipal de Saúde e do Relatório Final da Conferência de Saúde ⁶, que continham descrições, objetivos, diretrizes, propostas, ações, metas e indicadores identificados com as categorias temáticas inseridas no modelo teórico-conceitual para desenvolvimento humano e promoção da saúde ⁸, conforme Figura 1. O modelo contempla as interfaces e conceitos de governança, sustentabilidade e equidade pela revisão crítica sistemática da literatura no período de 2000 a 2011. Com esta finalidade, foi conduzida uma busca integrada em 30/05/2011 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) ⁸. Na fase 2, explorou-se o material por meio da codificação e categorização do conteúdo, com base no modelo teórico-conceitual ⁸, sistematizado pelo ATLAS Ti 5.0. Na fase 3, foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foram realizadas as estatísticas descritivas dos aspectos quantitativos das informações da análise documental por meio do programa computacional SPSS 16.0. Após, conduziu-se a interpretação da significância quali-quantitativa das informações no cruzamento dos dados com o referencial teórico conceitual. Finalmente, das 333 propostas transcritas, observou-se 2 erros de digitação, com ausência dos números 293 e 332, e por isso, foram classificadas as 331 propostas que de fato foram aprovadas na VIII Conferência de Saúde de acordo com o Plano Municipal de Saúde de São José dos Pinhais. Essa classificação se orientou pelo número de conceitos e interfaces, categorizados no ATLAS Ti 5.0, obtidos do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde, conforme Tabela 1.

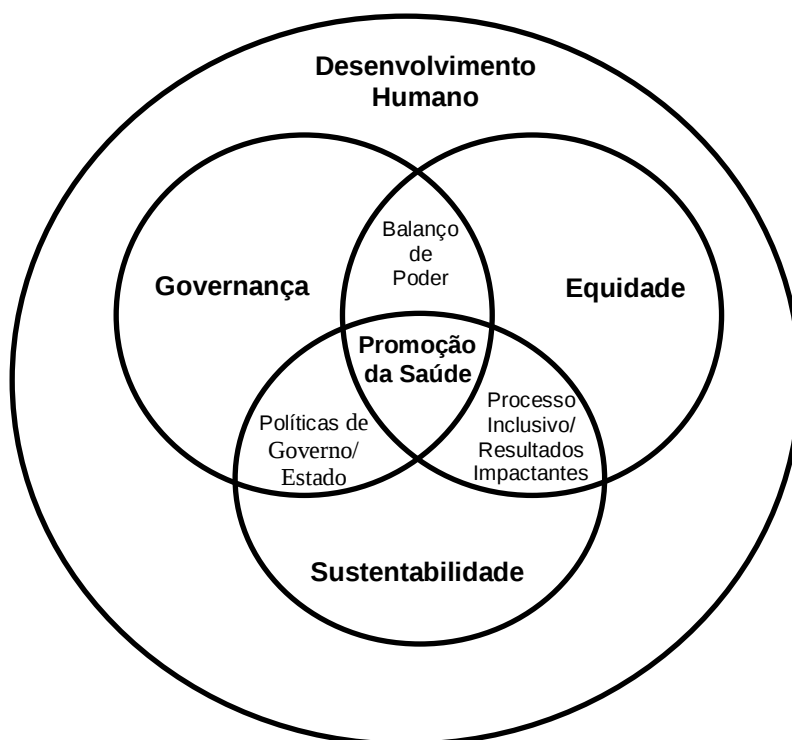


Figura 1 – Modelo Conceitual para Desenvolvimento e Promoção da Saúde ⁸.

TABELA 1 – Critérios de Classificação adotados por número de categorias (conceitos e interfaces) identificadas nas Propostas aprovadas com base no Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano (DH) e Promoção da Saúde (PS).

Nº de categorias identificadas	6	3	3	3	1	1	1
Conceitos/Interfaces							
Governança	X	X	X		X		
Balanço de Poder	X		X				
Equidade	X		X	X			X
Processo Inclusivo/Resultados Impactantes	X			X			
Sustentabilidade	X	X		X		X	
Políticas de Governo/Estado	X	X					
Classificação por nº de categorias identificadas nas Propostas aprovadas	Total DH e PS	Parcial DH e PS			Incipiente DH e PS		

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A I Conferência de Saúde de São José dos Pinhais – *Saúde Total* foi realizada em 1994. Em 28 e 29/05/2010 foi realizada a VIII Conferência de Saúde – *Participação e Controle Social no SUS*, na qual foi apreciado por mais de 1000 pessoas presentes e aprovado o Plano Municipal de Saúde de São José dos Pinhais 2010-2013. Ele teve seu início na I Oficina de Gestão em Saúde, realizada em 15 e 16/12/2009. A partir daí, 8 Oficinas com servidores foram realizadas nas 6 Regionais de Saúde, totalizando 901 profissionais de saúde participantes. Além disso, houve a incorporação de sugestões do Conselho Municipal de Saúde e de secretários de saúde de gestões anteriores. Com base nos desafios diagnosticados, 3 grandes objetivos foram definidos para a saúde do município de São José dos Pinhais: 1- Promover o Acesso Integral à Saúde; 2- Promover a Educação Permanente nos Serviços de Saúde; 3- Promover a Gestão Participativa e Controle Social. Esse Plano Municipal de Saúde contemplou 12 diretrizes, 85 ações e 134 indicadores destinados a operacionalizar os 3 objetivos já definidos. Ele foi discutido também em 62 reuniões comunitárias, 6 Pré-Conferências realizadas nas 6 Regionais de Saúde e na VIII Conferência de Saúde ⁶ amplamente divulgadas pelo governo local, promovendo o seu modelo de gestão participativa, conforme Tabela 2.

TABELA 2 – Metas aprovadas e participação em reuniões comunitárias e nas Pré-Conferências das 6 Regionais de Saúde de São José dos Pinhais, 2010

Regional (Distritos)	Metas aprovadas	Pessoas em reuniões comunitárias	Pessoas nas Pré-Conferências
Guatupê/Ipê	32	285	132
Afonso Pena	27	273	150
Borda do Campo	22	158	68
Costeira	22	648	128
Central	19	554	178
São Marcos	13	251	240
TOTAL	135	2169	896

O Modelo conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde ⁸ norteou a análise documental por meio das interfaces e conceitos de governança sustentabilidade e equidade. O conceito de governança foi entendido, nessa análise, como referente à gestão de eventos num sistema social ⁹. A governança se constitui na soma dos modos que indivíduos e instituições realizam o planejamento e a gestão dos assuntos comuns da cidade ¹⁰. Já, o conceito de sustentabilidade associado ao de promoção da saúde, possui múltiplos significados como continuidade, manutenção, institucionalização, incorporação, integração de políticas, ações e de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento sustentável ^{11,12}. O conceito de equidade pressupõe a redução e eliminação de desigualdades sociais em saúde, consideradas injustas, sistemáticas, relevantes, evitáveis e desnecessárias sob o ponto de vista da justiça social ^{13,14}.

Como resultados da análise documental, das 331 propostas aprovadas na VIII Conferência de Saúde em São José dos Pinhais, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (Tabela 3), 162 (49%) delas contemplaram as 6 categorias do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde ⁸, sendo classificadas como propostas de Promoção da Saúde, como se verifica no texto transcrito:

Estudar características culturais, sócio-econômicas, epidemiológicas e demográficas das Regionais, inclusive com avaliação e classificação de questões como saneamento, habitação, educação, renda familiar, coeficiente de óbitos cardiovasculares, óbitos em adulto por CID, óbitos abaixo de cinco anos, óbito de mães jovens, mortalidade materna, detectar também áreas de vulnerabilidade a saúde avaliando também, segurança pública, colhendo dados da ouvidoria e categorias de risco até dezembro de 2010.

Destaca-se o trabalho promotor de saúde por profissionais em serviços cujo modelo de atenção está centrado no conceito ampliado de saúde e ações sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais da população.

TABELA 3 – Propostas aprovadas na VIII Conferência de Saúde em São José dos Pinhais, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, classificadas por Categorias, segundo o Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano (DH) e Promoção da Saúde (PS).

Propostas aprovadas	162	38	33	24	36	27	11	Total
Categorias								
Governança	X	X	X		X			
Balanço de Poder	X		X					
Equidade	X		X	X			X	
Processo Inclusivo/ Resultados Impactantes	X			X				
Sustentabilidade	X	X		X		X		
Políticas de Governo/Estado	X	X						
Propostas por nº de categorias identificadas	162	95			74			331
Percentual das Propostas classificadas por nº de categorias identificadas	49% Total DH e PS*	29% Parcial DH e PS**			22% Incipiente DH e PS***			100%

* Total DH e PS = 6 Categorias ; **Parcial DH e PS = 3 Categorias ; ***Incipiente DH e PS = 1 Categoria

A Política Nacional da Atenção Básica ¹⁵ e também a Política Nacional de Promoção da Saúde ¹⁶, ambas de 2006, recomendam que os serviços de saúde façam o planejamento de ações conforme as necessidades de saúde da população alvo, norteadas pelos determinantes sociais que estão relacionados às condições de vida e que fomentem uma maior facilidade para as escolhas saudáveis pelos indivíduos e comunidades. Essas Políticas Públicas estão fundamentadas no conceito ampliado de saúde, orientadas por estratégias de promoção da qualidade de vida e redução das iniquidades em saúde relacionadas aos determinantes sociais – condições de vida e trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços sociais. Para isso, torna-se fundamental promover a equidade étnica, regional, de gênero, entre outras. Desta forma, a reorientação dos serviços de saúde para uma prática que efetivamente reconheça os diversos saberes, quer sejam científicos, políticos ou populares, articulados pelos vários atores sociais envolvidos, são estratégias de governança por processos inclusivos,

democráticos e de distribuição de poder que podem gerar sustentabilidade aos resultados impactantes favoráveis à equidade em saúde ¹⁴⁻¹⁶.

Um total de 95 (29%) propostas contemplaram 3 categorias do referido Modelo, sendo classificadas como propostas de Parcial Promoção da Saúde. Dessas, 38 (12%) contemplaram as categorias Governança, Sustentabilidade e Políticas de Governo/Estado, como a que segue:

Atuar com Unidades de outras secretarias presentes na comunidade como CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), subprefeituras e outros.

Desta forma, a governança pode ser entendida como o processo no qual a sociedade civil influencia o planejamento e a sustentabilidade de políticas de governo e de Estado, como estratégias de desenvolvimento humano e Promoção da Saúde. Daí, surge a importância da participação comunitária no efetivo controle social das decisões de políticas de governo e de Estado. Isso não ocorreu nas recentes grandes Conferências Nacionais de Saúde pela desarticulação entre as bases representativas, movidas por demandas fragmentadas e interesses particularistas ^{17,18}.

Já 33 (10%) propostas contemplaram as categorias Governança, Balanço de Poder e Equidade, como a descrita:

Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Saúde com abertura nos finais de semana.

A ampliação do horário de atendimento das Unidades de Saúde pode resultar numa maior equidade no acesso dos trabalhadores tradicionalmente excluídos aos serviços de saúde. Essa barreira sempre existiu pela incompatibilidade de horários entre a jornada de trabalho das pessoas e o funcionamento da assistência em saúde e também dos programas de promoção da saúde. Assim, resultados almejados rumo à equidade estão relacionados à ampliação: do acesso aos serviços sociais; do aprendizado; da autonomia; do balanço de poder dos sujeitos envolvidos, permitindo às pessoas adquirirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, por meio das novas maneiras de governança das comunidades. O balanço de poder resulta do processo dinâmico de empoderamento e do desenvolvimento político de uma população, englobando saberes e poderes compartilhados. A

participação popular numa governança favorável ou não à equidade ocorre pelo balanço de poder entre atores organizados em grupos sociais. Nesses, a disputa por interesses individuais e coletivos variam pelos saberes, valores e poderes particulares e/ou coletivos. No controle social, a desarticulação comunitária e a disputa por interesses fragmentados enfraquecem o poder da representação popular e fortalecem o poder da representação governamental ^{14,18,19}.

Em 24 (7%) propostas contemplou-se as categorias Equidade, Processo Inclusivo/Resultados Impactantes e Sustentabilidade, assim exemplificada:

Promover educação para profissionais e população na própria unidade de saúde.

Pesquisas em saúde apontam para a sustentabilidade de mudanças sociais, autonomia, educação, mobilização e participação comunitária num processo inclusivo que vise resultados impactantes e sustentáveis na direção da equidade. As ações de educação promotoras da saúde nos ambientes das unidades de saúde oportunizam a integração entre equipes e população. A educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde é fundamental para alcançar os princípios do SUS. Ela deve ser periódica e com sustentabilidade em direção a resultados impactantes à equidade. Também, necessita de um processo inclusivo e participativo, além de promover o trabalho de profissionais por meio da auto-sustentação e autonomia da população excluída ¹⁴⁻¹⁹.

Finalmente, 74 (22%) propostas contemplaram 1 categoria, sendo classificadas como proposta de Incipiente Promoção da Saúde. Ficaram assim distribuídas: 36 (11%) contemplaram a categoria Governança, como a descrita:

Direcionar as reclamações e sugestões ao gabinete do prefeito e a Ouvidoria.

A governança se constitui nas diversas formas que indivíduos e instituições planejam a gestão de assuntos de interesse comum. Deste modo, indivíduos e instituições podem exercer poder e autoridade, influenciando na gestão de políticas públicas e decisões sobre o desenvolvimento humano e promoção da saúde. Assim, a relação entre estado e sociedade se apresenta mais democrática e transparente. Contudo, o processo de descentralização em saúde no Brasil ainda encontra

obstáculos históricos para a governança local por meio de uma maior participação, controle social e responsabilização ^{2,17,18}.

Já, 27 (8%) propostas contemplaram a categoria Sustentabilidade, como a que segue:

Criar instrumento para avaliar a qualidade e o acesso ao atendimento da Unidade Pré-Hospitalar.

As pesquisas de avaliação em saúde reforçam a necessidade de evidências e instrumentos avaliativos para apoiar a sustentabilidade dos objetivos dos processos políticos e de gestão em saúde. Isso é imprescindível na implantação e implementação de políticas públicas que sejam duradouras e fortes. Os projetos, programas, políticas e ações em saúde para que tenham sustentabilidade devem incluir, no seu planejamento e execução, metodologias participativas de monitoramento e avaliação de processos, resultados e impacto ^{14,19-21}.

E, apenas 11 (3%) propostas contemplaram a categoria Equidade, como:

Elaborar uma proposta de assistência à mulher no climatério.

Isso reforça a importância da Promoção da Saúde em contextos inseridos em crescentes desigualdades nas condições e oportunidades de vida, o que torna a equidade o grande desafio para mudanças mais efetivas na produção da saúde frente ao aprofundamento das desigualdades de classe e de gênero. Isso leva a refletir sobre a reorientação das práticas dos serviços de saúde sobre os determinantes sociais relacionados à equidade em saúde, não apenas como discurso vago e amplo, mas com propostas viáveis e inclusivas a grupos sociais definidos. A perspectiva do Desenvolvimento Humano e da Promoção da Saúde se norteia na ampliação do acesso aos serviços sociais de grupos tradicionalmente excluídos. O setor saúde apresenta históricos avanços e retrocessos no controle social do SUS almejando equidade. Respectivamente, com práticas participativas de governança local e com reprodução de governos autoritários e centralizadores. Sociedades com sólidos elos comunitários tendem a valorizar sistemas de saúde norteados para a equidade. Ninguém deve estar em desvantagem e/ou não ter oportunidade para conseguir desenvolver seu pleno potencial de saúde ^{14, 22-27}.

CONCLUSÃO

As interfaces Balanço de Poder, Processo Inclusivo/Resultados Impactantes, Políticas de Governo/Estado e os conceitos de Governança, Sustentabilidade, Equidade inseridos no Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde foram significativamente contemplados na VIII Conferência e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de São José dos Pinhais. Nesta perspectiva, o controle social mostrou-se, em nível de planejamento, promotor da saúde na VIII Conferência Municipal de Saúde, amplamente divulgada pelo governo local, fomentando a gestão participativa. Portanto, fica o desafio, aos cidadãos, Ministério Público e ao Conselho de Saúde, de fiscalizar a execução do Plano de Saúde, aprovado na Conferência, para consolidar o Desenvolvimento Humano e a Promoção e Produção da Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. [acessado 2011 mai 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
2. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(6): 446-455. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010001200006>
3. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990a.
4. Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990b.
5. Canoistrini S, McQueen DV, Evans L. Health Promotion and Surveillance: the establishment of an IUHPE Global Working group. *Global Health Promotion* 2009; 16(4):58-60.
6. São José dos Pinhais. Plano Municipal de Saúde e Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde de São José dos Pinhais – Participação e Controle Social no SUS. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: http://www.sjp.pr.gov.br/noticias/imagens_news/File/Plano_Municipal_de_Saude.pdf
http://www.sjp.pr.gov.br/noticias/imagens_news/File/Relatorio_VIII_Conferencia_Municipal_da_Saude.pdf
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
8. Bueno R.E. Tese de doutorado. *Construção e Análise de Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde: Interfaces entre Sustentabilidade, Governança e Equidade*. Orientador: Moysés, S. T. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba; 2011.
9. Burris S, Drahos P, Shearing C. Nodal governance. *Australian Journal of Legal Philosophy* 2005; 30:30–58.
10. UN HABITAT. *The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper*. Nairobi, UN Habitat, 2nd ed; 2002.
11. Junqueira RGP. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública* 2000; 34(6):117-130.

12. Zancan L, Boldstein R, Marcondes WB. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro:ABRASCO, 280p; 2002.
13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office from Europe; 2000.
14. Westphal MF, Wallerstein N. Saúde, Desenvolvimento e Equidade. Promotion & Education 2007; (Supl. 1):31-32.
15. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
16. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
17. United Nations. Report of the World Summit on Sustainable Development. Johannesburg. South Africa: 26 August – 4 September, p. 173. 2002. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: http://www.johannesburgsummit.org/html/documents/summit_docs/131302_wssd_report_reissued.pdf
18. Lacaz FAC, Flório SMR. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(6):2123-2134. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>
19. Carvalho, S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública, v.20, p.1088-95. 2004.
20. Salazar, L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guia de Evaluación Rápida. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS, 2004.
21. McQueen DV, Jones CM. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness, New York: Springer; 2007.
22. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad. Saúde Pública 2002. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700010>
23. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho Nde. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública 2009. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>
24. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Cad. Saúde Pública 2005; 21(2):449-458. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>

25. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2002. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>
26. Batista EC, Melo EMde. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(1):337-347. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100036>
27. Mooney G, Houston S. Equity in health care and institutional trust: a communitarian view. Cad. Saúde Pública 2008; 24(5):1162-1167. [acessado 2011 mai 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500024>

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, por meio de uma revisão crítica e sistemática dos conceitos abordados, que é fundamental a integração dos governos com o setor privado e a sociedade civil para a governança e sustentabilidade de políticas públicas pró-equidade. Isto é reafirmado pela premissa do marco da sustentabilidade que norteia as dimensões do desenvolvimento humano e possui forte ligação com os processos de governança em saúde. Diante disto, a efetiva continuidade das políticas de promoção da saúde conectada ao desenvolvimento sustentável deve se caracterizar por processos inclusivos com resultados impactantes sobre uma população. Desta forma, cidades inclusivas precisam de políticas públicas equitativas que favoreçam o acesso à saúde e aos serviços sociais com ênfase às pessoas mais vulneráveis. Além disso, o empoderamento e a participação pró-ativa dos cidadãos na consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro representam uma perspectiva de governança democrática centrada na transparência, responsabilidade e sustentabilidade do desenvolvimento humano e à promoção da equidade em saúde.

Uma abordagem mais equitativa da promoção da saúde, a qual reconheça a importância dos determinantes sociais, políticos e ambientais de saúde é essencial para alcançar o desenvolvimento humano de forma sustentável.

É importante que os profissionais, gestores da saúde e comunidades se familiarizem com um novo modelo de desenvolvimento humano e promoção da saúde. Isto pode apoiá-los na revisão de papéis e definição de metas mais apropriadas para o trabalho multiprofissional, com base nas melhores evidências disponíveis sobre a sustentabilidade, governança e equidade de ações de desenvolvimento e promoção/produção da saúde humana e planetária.

Indicadores contextuais dos lugares onde as crianças vivem demonstraram estar associados com a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos. O índice de Desenvolvimento Sustentável dos municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba, seus *Clusters* e o componente relativo à Equidade demonstraram relevante correlação com o desfecho em saúde da criança. Desta forma, políticas sociais equitativas e sustentáveis, contrárias à “Lei de Sustentabilidade Inversa”, com base em estratégias populacionais inclusivas de

promoção da saúde, que atuem nos determinantes sociais de saúde, precisam ser integradas ao contexto de vida das crianças. Contudo, são necessários estudos longitudinais para aprofundar a avaliação do desempenho e do impacto de políticas sociais em saúde da criança para alcançar efetivamente um Desenvolvimento Sustentável e Saudável.

As interfaces Balanço de Poder, Processo Inclusivo/Resultados Impactantes, Políticas de Governo/Estado e os conceitos de Governança, Sustentabilidade, Equidade inseridos no Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde foram significativamente contemplados na VIII Conferência e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de São José dos Pinhais. Nesta perspectiva, o controle social mostrou-se, em nível de planejamento, promotor da saúde. Portanto, fica o desafio, aos cidadãos, Ministério Público e ao Conselho de Saúde, de fiscalizar a execução do Plano de Saúde, aprovado na Conferência, para consolidar o Desenvolvimento Humano e a Promoção e Produção da Saúde Pública.

O Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde se mostrou cientificamente pertinente como referencial teórico na análise quantitativa de indicadores contextuais associados ao desfecho em saúde da criança e na análise qualitativa da VIII Conferência e do Plano de Saúde de São José dos Pinhais.

Espera-se que esta tese contribua para a formulação, implementação, monitoramento, avaliação, governança e sustentabilidade de políticas públicas equitativas com ênfase em estratégias populacionais de desenvolvimento humano e promoção da saúde. Também auxilie a aprofundar análises do impacto de políticas públicas que atuem nos determinantes sociais da saúde.

REFERÊNCIAS

ACUIN, C. S.; KHOR, G. L.; LIABSUETRAKUL, T.; ACHADI, E. L.; HTAY, T. T.; FIRESTONE, R.; BHUTTA, Z. A.. Maternal, neonatal, and child health in southeast Asia: towards greater regional collaboration. **Lancet**, 377 (9764), 516-525, 2011.

AKERMAN, M. et al. Saúde e desenvolvimento: Que conexões? In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 123-147.

AKERMAN, M.; MENDES R.; BOGUS, C. M. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista de Saúde Pública**, 36(5), 638-646, 2002.

ANAND, S., SEN, A. **Human Development: Methodology and Measurement**. New York: World Bank, 1994.

ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. de; MATHIAS, T. A. de; FREITAS, I. M. L. H.; ZEQUIM, M. A. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, 22 (1), 181-189, 2006.

ANDRZEJEWSKI, C. S.; REED, H. E.; WHITE, M. J. Does where you live influence what you know? Community effects on health knowledge in Ghana. **Health & Place**, 15 (1), 228-238, 2009.

ANDREW, F. J. Parental perceptions of residential location: Impacts on children's health. **Health & Place**, 16 (2), 252-258, 2010.

ARCMAP™. ARCGIS. Versão 9.2: ESRI® Inc., Copyright 1999-2006. CD-ROM.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, E. da C.; MELO, E. M. de. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** 16(1), 337-347, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100036>>. Acesso em 13/05/2010.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. **Censo Demográfico 2010**. IBGE, Brasília. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em 29/08/2011.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 29/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20/05/2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 60 p.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 59 p.

BORREL, C.; ARTAZCOZ, L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. **Gaceta Sanitaria**, 22(5), 465-73, 2008.

BUENO, R. E.; MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. Millennium development goals and oral health in cities in southern Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 38, 197-205, 2010.

BURRIS, S. Governance, microgovernance and health. **Temple Law Review**, 77, 334-62, 2004.

BURRIS, S.; DRAHOS, P.; SHEARING, C. Nodal governance. **Australian Journal of Legal Philosophy**, 30, 30-58, 2005.

BURRIS S.; HANCOCK, T.; HERZOG, A.; LIN V. Emerging strategies for healthy urban governance. **Journal of Urban Health**, 84(1), 154-63, 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CANOISTRINI, S.; McQUEEN, D. V.; EVANS, L. Health Promotion and Surveillance: the establishment of an IUHPE Global Working group. **Global Health Promotion**, 16(4), 58-60, 2009.

CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. J.; BUENO, R. E.; SHIMAKURA, S.; MOYSÉS, S. T. A geographical population analysis of dental trauma in school-children aged 12 and 15 in the city of Curitiba-Brazil. **BMC Health Services Researches**, 10:203, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/203>>. Acesso em: 05/05/11.

CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.1088-95, 2004.

CASAS, J. A. **Rockefeller Health Equity Programme, from Concept and trends in research on Social Determinants of Health in Latin America and the Caribbean.** WHO, 2003.

CDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 220 p.

CHALMERS, M. L.; HOUSEMANN, R. A.; WIGGS, I.; NEWCOMB-HAGOOD, L., MALONE, B.; BROWNSON, R. C. Process evaluation of the monitoring log system for community coalition activities-five year results and lessons learned. **American Journal of Health Promotion**, 17(3), 190-6, 2003.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; KASHIWAGI, N. M. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 36 (5), 559-67, 2002.

CMMAD - Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. **Nosso Futuro Comum.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1991, 430 p.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, 39(1), 2005.

CROCKER, D. **"Qualidade de vida e desenvolvimento: o enfoque normativo de Sen e Nussbaum"**. Lua Nova, São Paulo, 31, 1993, p. 99-131.

CSDH - Commission on Social Determinants of Health. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.** Vancouver, 2007.

CSDH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.** Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

CURTIS, S.; SOUTHALL, H.; CONGDON, P.; DODGEON, B. Area effects on health variation over the life-course: analysis of the longitudinal study sample in England using new data on area of residence in childhood. **Social Science and Medicine**, 58 (1), 57-74, 2004.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.** Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DRESSENDORFER, R. H.; RAINE, K.; DYCK, R. J.; PLOTNIKOFF, R. C.; COLLINS-NAKAI, R. L.; McLAUGHLIN, W. K.; et al. A conceptual model of community capacity development for health promotion in Alberta Heat Health Project. **Health Promotion Practice**, 6(1), 31-6, 2005.

EDVARDSSON, K.; GARVARE, R.; IVARSSON, A.; EURENIUS, E.; MOGREN, I.; NYSTRÖMET, M.E. Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. **BMC Health Services**

Research, 11, 61, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/61>>. Acesso em 17/04/2010.

ELIZALDE, A. **Desarrollo Humano y Ética para la Sustentabilidad**. México: PNUMA, Universidad Bolivariana (Chile), 2003, 168 p.

ELLAWAY, A.; MACINTYRE, S. Does housing tenure predict health in the UK because it exposes people to different levels of housing related hazards in the home or its surroundings? **Health & Place**, 4 (2), 141-150, 1998.

ESER, E.; DINC, G.; ORAL, A. M.; OZCAN, C. Contrasting children and women's health and the determinants of health in a small-sized city. **Journal of Urban Health**, 82 (4), 666-681, 2005.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERISCHSEN, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. **Challenging inequities in health from ethics to action**. Oxford University Press, 2001.

FLEURY, S.; OOVERNEY, A. L. M.; KRONEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 28(6), 446-455, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010001200006>>. Acesso em 30/5/2011.

FRANCO NETO, G. et al. Saúde e ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec : Opas, 2006, p. 152-170.

FRASER, B. Growing up in Rio's favelas. **Lancet**, 377 (9779), 1735-1736, 2011.

FRIEL, S.; AKERMAN, M.; HANCOCK, T.; KUMARESAN, J.; MARMOT, M.; MELIN, T.; VLAHOV, D. Addressing the Social and Environmental Determinants of Urban Health Equity: Evidence for Action and a Research Agenda. **Journal of Urban Health**, Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877255>>. Acesso em: 30/08/2011.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700010>>. Acesso em 30/05/2011.

GISSLER, M.; KESKIMAKI, I.; TEPERI, J.; JARVELIN, M.; HEMMINKI, E. Regional equity in childhood health--register-based follow-up of the Finnish 1987 birth cohort. **Health & Place**, 6 (4), 329-336, 2000.

GROSS, K. S.; McDERMOTT, P. A. Use of city-archival data to inform dimensional structure of neighborhoods. **Journal of Urban Health**, 86 (2), 161-182, 2009.

GYATSO, Tenzin, o 14º dalai-lama. **A diferença é o que nos une**. Entrevista coletiva em 16/09/2011, no bairro do Brooklin Novo em São Paulo. Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/noticias/vida,a-diferenca-e-o-que-nos-une-diz-dalai-lama-em-sp,773529,0.htm>>. Acesso em: 17/09/2011.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **J Epidemiology Community Health**; 53:263, 1999.

HALFON, N.; LARSON, K.; RUSS, S. Why Social determinants? **Healthcare Quarterly**; 14:Spec, 8-20, 2010.

HANCOCK, T. Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. **Health Promotion International**, 8, 41-47, 1993.

HANCOCK, T.; DUHL, L. **Health cities: promoting health in the urban context**. Copenhagen, WHO, 1986.

HILLIER, A.; COLE, B. L.; SMITH, T. E.; YANCEY, A. K.; WILLIAMS, J. D.; GRIER, S. A.; MCCARTHY, W. J. Clustering of unhealthy outdoor advertisements around child-serving institutions: a comparison of three cities. **Health & Place**, 15 (4), 935-945, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30/08/2010.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**; 13(1): 25-36, 2004.

JUNQUEIRA, R. G. P. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública**, 34(6): 117-30, 2000.

KADT, E.; TASCA, R. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde**. São Paulo/Salvador: HUCITEC/Cooperativa Italiana em Saúde, 1993.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L.F. A Historical framework for social epidemiology. In: **Social Epidemiology**. New York, Oxford University Press, 2000, p. 3-12.

KUMARESAN, J.; PRASAD, A.; ALWAN, A.; ISHIKAWA, N. Promoting health equity in cities through evidence-based action. **Journal of Urban Health**. 87 (5), 727-732, 2010.

LACAZ, F. A. de C.; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, 14(6), 2123-2134, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>>. Acesso em 30/05/2011.

LAWRENCE, R. J. Inequalities in urban areas: innovative approaches to complex issues. **Scandinavian Journal of Public Health** (Suppl 59), 34-40, 2002.

LOVELL, S. A.; KEARNS, R. A.; ROSENBERG, M. W. Community capacity building in practice: constructing its meaning and relevance to health promoters. **Health & Social Care in the Community**, 19 (5), 531-540, 2011.

MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A.; HISCOCK, R.; KEARNS, A.; DER, G.; MCKAY, L. What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. **Health & Place** 9 (3), 207-218, 2003.

MARMOT, M. **Economic and Social determinants of disease**. Bulletin of the World Health Organization; 79(10): 988 -989, 2001.

MARMOT, M. Health in an unequal world. **Lancet**, 368, 2081–94, 2006.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. **Social determinants of health**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2006.

MARY, M. B. Q. **National evaluation of Health Action Zone**. The final report of the tackling inequalities in health module Michaela Benzeval Queen Mary, 2003.

MCKEOWN, T. **The role of medicine: dream, mirage or nemesis?** Oxford: Basil Blackwell; 1979.

MCQUEEN, D. V.; JONES, C. M. **Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness**, New York: Springer, 2007.

MENDES, E. V. Importância de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE M. R. **Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias**. Washington (DC): OPS; 1990. p. 21-8.

MENDES, R.; BOGUS, C.M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersectoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**,13(1), 47-55, 2004.

M'GONIGLE, R. M. Ecological economics and political ecology: towards a necessary synthesis. **Ecol Econ**, 28:11-26, 1999.

MOLNAR, A., ADANY, R., ADAM, B., GULIS, G., KOSA, K., 2010. Health impact assessment and evaluation of a Roma housing project in Hungary. **Health & Place**, 16 (6), 1240-1247.

MOONEY, G.; HOUSTON, S. Equity in health care and institutional trust: a communitarian view. **Cad. Saúde Pública**, 24(5): 1162-1167, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500024>>. Acesso em: 19/05/2011

MORGENSTERN, H. Ecologic studies. In: Rothman KJ & Greenland S. **Modern epidemiology**. Philadelphia, Lippincott-Rave Publishers, 1998, 459-480.

MOYSÉS, S. J.; MOYSES, S. T.; MCCARTHY, M.; SHEIHAM, A. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to Healthy Cities policies in Curitiba, Brazil. **Health & Place**, Kidlington, Oxford, U.K, v. 12, n. 1, p. 48-64, 2006.

MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba / Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3), 627-41, 2004.

MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; WATT, R. G.; SHEIHAM, A. Associations between health promotion schools' policies and indicators of oral health in Brazil. **Health Promotion International**; 18(3): 209-218, 2003.

NAM, E. W.; DE LEEUW, E.; MOON, J. Y.; IKEDA, N.; DORJSUREN, B.; PARK, M. B. Sustainable Funding of Health Initiatives in Wonju, Republic of Korea via a Tobacco Consumption Tax. **Health Promotion International**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21363883>>. Acesso em: 14/03/2011.

NAVARRO, V.; MUNTANER, C.; BORRELL, C.; BENACH, J.; ÁGUEDA, Q.; RODRIGUEZ-SANZ, M.; et al. Politics and health outcomes. **Lancet**, 368, 1033-37, 2006.

NCHINDA, T. C. Research capacity development for CVD prevention: the role of partnerships. **Ethnicity and Disease**, 13(2), 40-4, 2003.

NGUYÊN, M. N.; GAUVIM, L.; MARTINEAU, I.; GRIGON, R. Sustainability of the impact of a public health intervention: lessons learned from the laval walking clubs experience. **Health Promotion Practice**, 6(1), 44-52, 2005.

NGUYÊN, M. N.; GAUVIM, L.; MARTINEAU, I.; GRIGON, R. Sustainability of the impact of a public health intervention: lessons learned from the laval walking clubs experience. **Health Promotion Practice**, 6 (1), 44-52, 2005.

NOGUEIRA, H. Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area. **Health & Place**, 15 (1), 133-139, 2009.

OSLER, M.; PRESCOTT, E. Educational level as a contextual and proximate determinant of all cause mortality in Danish adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 57 (4), 266-269, 2003.

ORBIS – **Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade**. Disponível em: <[http:// www.orbis.org.br](http://www.orbis.org.br)>. Acesso em: 31/08/2011.

PAUL, V. K.; SACHDEV, H. S.; MAVALANKAR, D.; RAMACHANDRAN, P.; SANKAR, M. J.; BHANDARI, N.; SREENIVAS, V.; SUNDARARAMAN, T.; GOVIL, D.; OSRIN, D.; KIRKWOOD, B. Reproductive health, and child health and nutrition in India: meeting the challenge. **Lancet**, 377 (9762), 332-349, 2011.

PESTANA M. H.; GAGEIRO, J. G. Análise Factorial. In: **Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo, 2003.

PEREIRA, G.; DE VOS, A. J.; COOK, A.; D'ARCY, J.; HOLMAN, C. Vector fields of risk: a new approach to the geographical representation of childhood asthma. **Health & Place**, 16 (1), 140-146, 2010.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, 21(2): 449-458, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>>. Acesso em: 30/05/2011.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**, 27, 121-133, 2004.

PORTO, M. F.; MARTINEZ-ALIER, J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, 23 (suppl.4), 503-512, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001600011>>. Acesso em: 30/05/2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Índice de Desenvolvimento Humano**. PNUD, 2011. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 09/09/2011

QUN, L.; MINGSHENG W.; JINGCHENG G.; JINGXING, L.; CUIFEN, L.; MINHUI, Q. Effect of socioeconomic status on secondary prevention of stroke. **International Journal for Quality in Health Care**, 23(4), 405-12, 2011.

REINFURT, D. W. Documenting the sustainability of a mature click it or ticket program: the North Carolina experience. **Journal of Safety Research**, 35(2), 181-8, 2004.

RIBEIRO, H.; GUNTHER, W. M. R. **A integração entre a educação ambiental e o saneamento ambiental como estratégia para a promoção da saúde e meio ambiente sustentado**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002, 8p.

ROSE, G. Sick Individuals and Sick Populations International. **Journal of Epidemiology**; Vol 14 nº 1, 1985.

SACHS, I. Estratégias de transição para o século XXI. In: Bursztyn, M. (Org.) **Para pensar o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Brasiliense, 29-56, 1993.

SALAZAR, L. Building capacity for risk factor surveillance in developing countries: a new approach. **Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine**, 5(1), 33-7, 2005.

SALAZAR, L. **Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud**. Guia de Evaluación Rápida. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS, 2004.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Plano Municipal de Saúde e Relatório Final da VIII Conferência Municipal de Saúde de São José dos Pinhais – Participação e Controle Social no SUS, 2010**. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/noticias/imagens_news/File/Plano_Municipal_de_Saude.pdf>. <http://www.sjp.pr.gov.br/noticias/imagens_news/File/Relatorio_VIII_Conferencia_Municipal_da_Saude.pdf>. Acesso em: 30/05/2011.

SAUNDERS, R. P.; EVANS, M. H.; JOSHI, P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. **Health Promotion and Practice**, 2, 134-47, 2005.

SEN, A. **Development as Freedom**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

SENNA, M. de C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>>. Acesso em 30/05/2011.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M. de; CAMPOS, J. J. B. de. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 183-210.

ST LEGER, L. Questioning sustainability in health promotion. **Health Promotion International**, 20(4), 317-19, 2005.

STRONKS, K.; GUNNING-SCHEPERS, L. Should equity in health be target number 1? **European Journal of Public Health**; 3: 104-111, 1993.

SWERISSEN, H.; CRISP, B. R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. **Health Promotion International**, 19(1)123-30, 2004.

TANG, K. C.; NUTBEAM, D.; KONG, L.; WANG, R.; YAN, J. Building capacity for health promotion- a case study from China. **Health Promotion International**, 20(3), 285-95, 2005.

TEIXEIRA, C. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador, BA: CEPS/ISC, 2002.

TOUNTAS, Y., PAVI, E., TSAMANDOURAKI, K., ARKADOPOULOS, N.; TRIANTAFYLLOU, D. Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. **Health Promotion International**, 19(4), 453:62, 2004.

UN HABITAT. **The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper**. Nairobi, UN Habitat, 2nd ed, 2002.

UNITED NATIONS. **Report of the World Summit on Sustainable Development**. Johannesburg, South Africa: 26 August – 4 September, 2002, p.173.

UNMD - **United Nations Millennium Declaration**. Lisbon: United Nations Information Centre, 2001.

VETTORE, M. V.; LAMARCA, G. A. **Determinantes sociais em saúde infantil: determinantes de uma boa saúde ou determinantes das iniquidades sociais?** Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/?p=1813&preview=true>>. Acesso em 30/05/2011.

VIANA, S. M.: et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>>. Acesso em 30/05/2011

VICTORA, C. G.; SCHELLENBERG, J. A.; HUICHO, L.; AMARAL, J.; EL ARIFEEN, S.; PARIYO, G.; MANZI, F.; SCHERPBIER, R. W.; BRYCE, J.; HABICHT, J. P. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations. **Health Policy and Planning**, 20 Suppl (1), i18-i31, 2005.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M.; DO CARMO LEAL, M.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, 377 (9780), 1863-1876, 2011.

WALLERSTEIN; N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes. **American Journal of Health Promotion**, 6, 197-205, 1992.

WALLERSTEIN, N. Empowerment to reduce health disparities. **Scandinavian Journal of Public Health**, 30(59), 72-77, 2002.

WATT, G.; O'DONNELL, C.; SRIDHARAN, S. Building on Julian Tudor Hart's example of anticipatory care. **Primary Health Care Research & Development**, 12 (1), 3-10, 2011.

WATT, R. G. **Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion**. Bulletin fo the World Health Organization; 83(9): 711-718, 2005.

WATT, R. G.; HARNETT, R.; DALY, B.; FULLER, S. S.; KAY, E.; MORGAN, A.; et al. Evaluating Oral Health Promotion: Need for Quality Outcome Measures. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 34, 11-17, 2006.

WESTPHAL, M. F.; WALLERSTEIN, N. Saúde, Desenvolvimento e Equidade. **Promotion & Education**, v. supplement 1, 2007, p.31-32.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):39-51, 2000.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office from Europe; 2000.

WHO (World Health Organization). **Educational for Health: A manual on health education in primary health care**. World Health Organization, Geneva, 2000.

WHO. **Comission on Social and Environmental Determinants of Health: Concept Paper for Discussion**, Jun 14, 2004.

WHO. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health**. Geneve: WHO, 2008, 248 p.

WHO. **Millennium development goals**. World Health Organization, Geneve, 2006.

WHO. The **Ottawa charter for health promotion**. Geneve, 1986.

ZANCAN, L.; BOLDSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro:ABRASCO, 2002, 280 p.

YANG, A.; FARMER, P. E.; McGAHAN, A. M. 'Sustainability' in global health. **Global Public Health**, 5 (2), 129-135, 2010.

ZIGLIO, E.; HAGARD, S.; McMAHON, L.; HARVEY, S.; LEVIN, L. **Inversión en favor de la salud**. In: Conferência Mundial de Promoción de la Salud, WHO, 2000.

**APÊNDICE
E
ANEXOS**

APÊNDICE – ANÁLISES COMPLEMENTARES

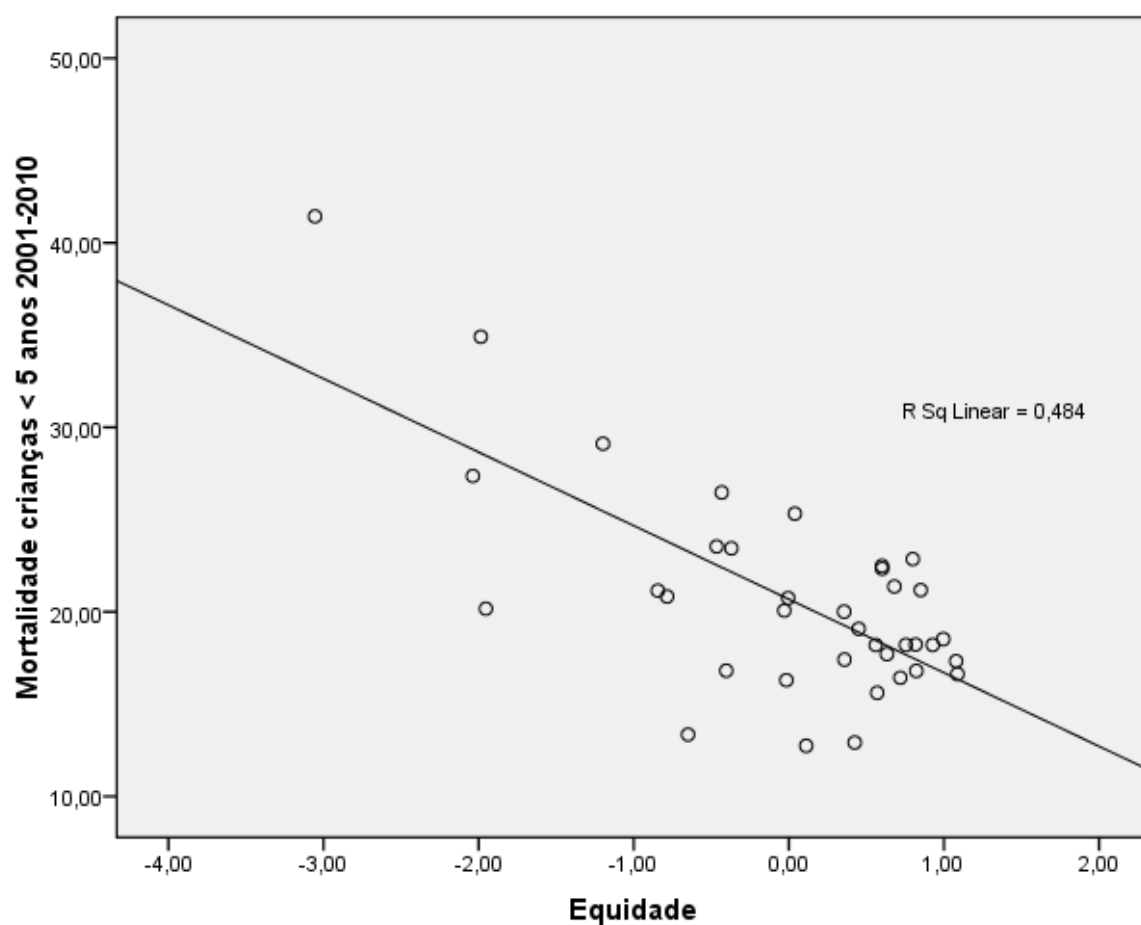


Figura – Correlação da componente Equidade com a Taxa de Mortalidade em crianças menores de 5 anos (2001-2010) para os 37 municípios da mesorregião metropolitana de Curitiba; 2010.

ANEXO A – PROPOSTAS APROVADAS E COMPLEMENTADAS NA PLENÁRIA DA VIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ACORDO COM PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013 DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.

OBJETIVO 1: Promover o Acesso Integral à Saúde.

Diretriz 1.1 - Implantar Regionais de Saúde no Município

Ação	Metas - Propostas
Organizar o Município em 6 Regionais de Saúde	1 - Criação das Regionais de Saúde
Desenhar e organizar a rede de saúde regional	2 - Identificar os usuários da rede.
	3 - Identificar os serviços públicos oferecidos na área de abrangência
	4 - Estudar características culturais, sócio-econômicas, epidemiológicas e demográficas das Regionais, inclusive com avaliação e classificação de questões como saneamento, habitação, educação, renda familiar, coeficiente de óbitos cardiovasculares, óbitos em adulto por CID, óbitos abaixo de cinco anos, óbito de mães jovens, mortalidade materna detectar também áreas de vulnerabilidade a saúde avaliando também, segurança pública, colhendo dados da ouvidoria e categorias de risco até dezembro de 2010
	5 - Implantar novo processo de territorialização e geo-processamento
	6 - Descentralizar os programas de saúde já existentes no município
	7 - Descentralizar os programas de prevenção e de Vigilância em Saúde criando ações em Vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador
	8 - Organizar as Sedes Distritais com estrutura física e lógica adequadas
Implementar equipes de apoio à regionalização para todas as Regionais de Saúde implementada	9 - Formação das equipes de apoio à regionalização

Diretriz 1.2 - Ampliar o acesso à atenção primária em saúde

Ação	Meta - Propostas
Completar as equipes	10 - Contratação de profissionais para completar as equipes

de Saúde da Família já implantadas	já implantadas.
	11 - Integrar as Unidades de Saúde e serviços
	12 - Equipe ESF na Unidade de Castelhanos
Construir novas Unidades de Saúde em vazios assistenciais	13 - Construir unidades de saúde: CAIC, Quississana, São Francisco, Jurema, Barro Preto e Rio Pequeno, Nossa Senhora de Fátima, Posto Avançado da Unidade de Saúde Murici, Jardim Carmem, Del Rey, Córrego Fundo e Roça Velha, Campo Largo da Roseira, Contenda e Malhada, Cidade Jardim, Veneza, Campina do Taquaral, Agaraú, Cachoeira, Cotia e Marcelino, Blanco Pombo, Jardim Primavera, Apolo, Iná, São Judas Tadeu, Júpiter e Urano, Boneca do Iguaçu, Independência, Jardim Modelo e Fênix, Zenith e Vila Bond, jardim Santana, Libanópolis, Q'sonho/Santa Tereza.
Ampliar a estratégia de saúde da família	14 - Cobertura de 80% da população até 2013
	15 - Reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal
	16 - Proporcionar capacitação e treinamento nos profissionais atuantes na ESF
	17 - Garantir profissionais que atuem na estratégia da saúde da família através de concursos internos
	18 - Melhorar o Sistema de Atendimento/Marcação de consultas e retorno para mostrar exames nas Unidades de Saúde
Fortalecer o vínculo da comunidade com seu núcleo de saúde; por livre adesão	19 - Realizar procedimentos básicos (vacinas e curativos) e fornecimento de medicação em qualquer Unidade de Saúde do Município, independente da localidade de origem
	20 - Reconhecer a origem das demandas das Unidades de Saúde
	21 - Cumprir a Lei de atendimento prioritário às gestantes, idosos e pessoas com necessidades especiais.
	22 - Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Saúde com abertura nos finais de semana.
	23 - Avançar na articulação das ESFs com a comunidade e reduzir a porcentagem de pessoas que não aderem à ESF.
	24 - Promover a articulação da Unidade de Saúde da região com a comunidade local para adesão do paciente a sua unidade de abrangência
	25 - Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para atuarem na promoção do fortalecimento da adesão no fluxo de referência e contra referência entre as ESF's
	26 - Promover referência e contra-referência entre as Unidades ESF's
	27 - Promover a interação e conhecimento da comunidade em relação ao funcionamento da U.S
	28 - Contratação de mais Agentes Comunitários de Saúde e aumentar o número de visitas domiciliares
	28 - Realizar a Humanização e individualização do atendimento nas Unidades de Saúde
	29 - Garantir acolhimento e atendimento humanizado ao

	cidadão em todas as Unidades de Saúde e Hospitais do Município. 30 - Realizar reuniões interdisciplinares e com a comunidade para troca de informação 31- Alterar a identificação das áreas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, hoje por cores, para o nome da localidade.
Concluir as obras de Unidades Básicas de Saúde que estão em andamento	32 - Conclusão das Obras das Unidades de Saúde Guatupê e Borda do Campo 33 - Reestruturar a UBS Ipê 34 - Reestruturação da UBS Faxina 35 - Reformar as Unidades de Saúde Afonso Pena 36 - Melhorar a estrutura da Unidade de Saúde Altevir Stocco (Colocação de Toldos)
Implantar equipes de apoio multiprofissional à Saúde da Família de acordo com a portaria nº 154 do Ministério da Saúde	37 - Vinculação de profissionais nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, farmacêuticos em cada regional de saúde, conforme a necessidade local (NASF'S) 38 - Desenvolver cronograma de rotatividade dos profissionais até abril de 2010 verificando as necessidades locais 39 - Adequar a estrutura física para a realização de atividades das equipes de apoio à Saúde da Família 40 - Promover a Integração entre as Unidades dentro da Regional de Saúde
Elaborar, implantar protocolos técnicos assistenciais em consonância com protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais	41 - Estabelecer, implantar e implementar POP's nos serviços de saúde analisados e aprovados pelas Câmaras Técnicas 42 - Elaborar os protocolos técnicos 43 - Implementar e divulgar os protocolos 44 - Regular a aderência dos profissionais aos protocolos 45 - Avaliar o uso dos protocolos
Ampliar ações de Saúde em programas específicos, contemplando todos os ciclos de vida, bem como, gênero e pessoas com necessidades especiais, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde	46 - Atingir 100% de apoio matricial pelas equipes de saúde mental às ESFs até abril de 2011 47 - Capacitar as Equipes de Saúde da Família. 48 - Implantar o CAPS Infantil 49 - Implantar o CAPS Transtorno Mental 50 - Ampliar atendimento do CAPS Álcool/Drogas até às 22 horas e nos finais de semana, inclusive criar novas Unidades. 51 - Implementar o Programa de Volta para Casa e Residências Terapêuticas 52 - Reativar o Comitê Anti-Drogas assim como o Conselho Municipal Antidrogas conforme a Lei nº414/2003 53 - Subsidiar a comunidade com conhecimentos voltados à importância da nutrição como estratégia para prevenção do câncer

	54 - Ampliar a oferta de exame preventivo do câncer de colo de útero junto à população-alvo
	55 - Ampliar o número de mamografias
	56 - Elaborar uma proposta de assistência à mulher no climatério
	57 - Promover a humanização do pré-natal e nascimento a partir do contato da gestante com o hospital de referência, através de visitas agendadas
	58 - Atuar na prevenção odontológica em bebês e puérperas na Maternidade
	59 - Ampliar o número de parturientes com pré-natal concluído
	60 - Reduzir o número de partos cesáreos
	61 - Implantar o programa de vigilância ao recém-nascido
	62 - Garantir o acesso e identificar os casos de mulheres vítimas de violência promovendo a notificação de violência contra mulheres
	63 - Ampliar, divulgar e implementar a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência
	64 - Cadastrar e acompanhar os casos identificados de hipertensão arterial e diabetes
	65 - Identificação precoce e busca ativa dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes faltosos do programa Hiperdia
	66 - Promover reuniões periódicas com grupo de hipertensos e diabéticos
	67 - Incentivar a formação de novos grupos na comunidade, além dos já existentes, à exemplo do Hiperdia.
	68 - Inclusão de Terapias Alternativas como Tratamento.
	69 - Fortalece o “Programa Saúde na Escola” e ampliar as ações para mais escolar das Regionais.
	70 - Incentivar a prática de Atividades Físicas e viabilizar a Academia do idoso na área de abrangência ampliando o acesso a horários e programas de orientação com presença de profissional qualificado para orientações.
	71 - Viabilizar atendimento domiciliar a pessoas com necessidades especiais e idosos.
Organizar trabalho conjunto de Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, abrangendo toda a população	72 - Realizar levantamento epidemiológico em saúde bucal
	73 - Realizar Palestras educativas e atividades voltadas à Educação em saúde utilizando espaços sociais, esportivos e culturais
	74 - Promover atividades voltadas à educação em saúde nas salas de espera das Unidades de Atenção à Saúde
	75 - Promover atividades voltadas à educação em saúde nas Escolas locais
Promover atividades educativas, em atenção primária à saúde, envolvendo a	76 - Articular com outros setores da comunidade local para promoção de atividades voltadas à prevenção em saúde
	77 - Atuar com Unidades de outras secretarias presentes na comunidade como CRAS, CREAS, subprefeituras e outros

comunidade local	78 - Promover nas comunidades palestras e exibição de vídeos educativos
Fortalecer políticas de prevenção e promoção de saúde, em relação a doenças crônicas	79 - Alcançar menor índice de agudização e complicação das doenças crônicas
	80 - Organizar em salas de espera discussões e palestras que abordem temas relacionados com as doenças crônicas
	81 - Realizar busca ativa dos pacientes com doença crônica através dos ACS
	82 - Elaborar kits de vídeos educativos para as Unidades de Saúde
	83 - Implantar programa de educação alimentar
Formular estratégias para avaliação da atenção à saúde da Família	84 - Garantir que a ESF seja a estratégia prioritária da atenção básica e orientadora dos sistemas de saúde considerando as diferenças loco - regionais.
	85 - Formular um projeto para avaliação da qualidade da ESF utilizando instrumento estatístico de controle
	86 - Implantar programação das atividades das equipes
Integrar a atenção primária na alta hospitalar garantindo o acesso a consulta, gestão de caso e supervisão do especialista na alta hospitalar	87 - Garantir o acesso à consulta, gestão de caso e supervisão do especialista na alta hospitalar
	88 - Garantir o acesso a consulta do puerpério e da puericultura na alta hospitalar
	89 - Criar mecanismo para agendar reconsultas e especialidades, no hospital, no dia da alta hospitalar

Diretriz 1.3 - Garantir o acesso da família à atenção especializada a nível secundário e terciário

Ação	Metas – Propostas
Reestruturar os serviços de urgência e emergência do Município	90 - Criar instrumento para avaliar a qualidade e o acesso ao atendimento da UPH
	91 - Revisar e implementar normas e rotinas da UPH
	92 - Discutir, elaborar e implementar protocolos e fluxogramas
	93 - Implantar o fluxo de referência das UPA's para Hospital
	94 - Implantar fluxo de atendimento a urgência
	95 - Implantar atendimento odontológico de urgência e emergência nas UPA'S
	96 - Criar um sistema de Estratificação de Risco para priorizar o atendimento na Unidade de Saúde
Manter e Otimizar as UPA's existentes e implantar novas UPA's	97 - Implantação da UPA Afonso Pena
	98 - Implantação da UPA Borda do Campo
	99 - Implantar uma UPA no Rio Pequeno
	100 - Construir UPA no São Marcos
Implantar o Complexo Regulador para fluxo de referência e contra	101 - Implantar Unidade móvel nas seis Regionais
	102 - Estabelecer por meio de protocolo o acesso facilitado dos pacientes referenciados pela atenção básica e serviço de emergência ao atendimento hospitalar

referência da atenção primária para a especializada melhorando e agilizando o sistema de marcação de consultas	103 - Estabelecer fluxos de contra-referência do atendimento especializado para atenção primária
	104 - Implantar serviço informatizado para regulação entre os serviços da saúde (Central de leitos, ambulâncias e exames).
	105 - Distribuição de vagas de especialistas por Regional de saúde.
	106 - Unidade de Saúde com acesso a agenda dos especialistas por meio de internet
	107 - Realização de Exames dentro do Município com mais agilidade.
	108 - Contratação de transporte para locomoção de pacientes para realização de exames e consultas de baixa complexidade, dentro e fora do Município.
	109 - Disponibilizar transporte para o retorno à residência e acompanhamento da equipe multiprofissional da Unidade de Saúde de origem.
	110 - Contemplar todas as Regionais de Saúde com atendimentos especializados e programas de promoção de saúde
	111 - Solicitar aos médicos evitar a repetição de exames, pois em alguns casos são muitos demorados e, quase sempre, devem ser realizados em lugares distantes
	112 - Agilizar as cirurgias eletivas junto ao Departamento responsável da Secretaria Municipal de Saúde.
	113 - Criar a Policlínica e Laboratório de Exames em todas as Regionais de Saúde.
	114 - Realizar levantamento de necessidades de exames e especialidades, atualizar a listagem e reduzir o tempo de espera.
	115 - Estabelecer cota de consultas com especialistas, considerando o perfil epidemiológico de cada Regional.
	116 - Implantar Programa de dispensação de órteses e próteses
	117 - Implantar e gerenciar o funcionamento da Central de Leitos e Classificação de Risco
Elaborar, implantar protocolos técnicos assistenciais em consonância com protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais	118 - Estudo técnico dos protocolos nacionais, regionais e estaduais e elaboração dos protocolos municipais com sua implantação
	119 - Promover atendimento especializado na Regional de Saúde, em sistema de rodízio entre as Unidades de Saúde
	120 - Garantir atendimento especializado ao paciente com dependência química com criação de um centro de reabilitação com atividades que possibilitam sua recondução à sociedade em condições plenas de exercer a cidadania.
Formar e disseminar o conceito de "Hospital da	121 - Unificar fisicamente o Hospital Afílio Talamini e Hospital São José

Família” e Assistência refletida aos agravos prevalentes à população do município	122 - Implantação do Banco de coleta de leite humano
	123 - Proporcionar condições para humanização do parto
	124 - Credenciar o hospital como “Amigo da Criança”
	125 - Ampliação das Unidades Hospitalares segundo as necessidades levantadas de atendimento à população
	126 - Ampliar o Pronto Socorro e equipá-lo de acordo com as necessidades
	127 - Implantar e implementar equipes multiprofissionais de atendimento hospitalar na lógica da estratégia da Saúde da Família
Estabelecer a comunicação e integração da atenção primária e especializada	128 - Incluir as Unidades hospitalares em programas e comissões da SMS
Reestruturar sistema de informação do trabalho assistencial em todos os níveis, com facilidade de acesso, referência, contra referência e regulação e a Vigilância em Saúde	129 - Informatizar as Unidades de atenção à Saúde e integrar via sistema efetivo de regulação, referência e contra referência.
Reorganizar e ampliar atendimento nas diversas Unidades Especializadas existentes (CAPS, SAMU, CEO e Centros de Especialidades)	130 - Realizar estudos para conhecer a demanda de atendimento destas Unidades Especializadas em 2010
	131 - Reformular o atendimento das Especialidades com vistas na Regionalização
	132 - Ampliar os serviços especializados baseado nos estudos realizados
Participar do projeto de Expansão do SAMU para toda a Região Metropolitana	133 - Ampliação da abrangência do Pólo de Educação Permanente de Urgência e Emergência de São José dos Pinhais para toda a região metropolitana
Implantar o sistema de matriciamento do processo de trabalho de especialidades	
Promover atendimento hematológico e suporte homoterápico, eficiente, seguro, rápido e resolutivo	134 - Implantar a agencia transfusional.
	135 - Implementar o programa de doação de sangue
	136 - Implantar e aderir protocolo hemoterápico municipal em consonância com as diretrizes das Políticas de sangue nacionais e estaduais

Diretriz 1.4 - Implementar e criar ações para abordagem das relações de trabalho e valorização do trabalhador da saúde

Ação	Metas – Propostas
Realizar e implantar	137 - Redefinição do organograma da Secretaria Municipal

estudo para a redefinição do organograma e redimensionamento do quadro de RH em conformidade com as características da população e dos serviços prestados	a de Saúde
	138 - Formular estudo junto às regiões sobre as necessidades locais
	139 - Readequar a lotação e vínculo dos funcionários já existentes, orientada pelo estudo
	140 - Realizar levantamento de afastamento de servidores por motivo de doença.
Solicitar a apresentação de Curriculum vitae dos servidores da SMS para avaliação de competências e habilidades, no intuito de melhor aproveitamento do potencial individual	141 - Avaliação dos documentos solicitados por profissionais capacitados e reorientação guiada pelo estudo
	142 - Promover a captação dos curriculum Vitae
	143 - Promover a Centralização do preenchimento dos currículos, na Regional de saúde, bem como a orientação dos servidores
Reorganizar processo de trabalho dos profissionais em um modelo organizacional que priorize a integralidade das ações nos diversos níveis de atenção	144 - Organizar os fluxos de trabalho e definição de responsabilidades por setores
	145 - Promover a Integração entre as equipes e entre as unidades de saúde da Regional de Saúde
Consolidar a humanização e acolhimento do servidor	146 - Realizar ações e treinamento com assuntos pontuais em cada equipe
	147 - Garantir a segurança física dos servidores através da disponibilização de equipe de segurança nos locais de trabalho
	148 - Promover programas de prevenção de doenças ocupacionais para os servidores municipais
	149 - Proporcionar a todos os funcionários o conhecimento do Estatuto do Servidos já no ingresso do mesmo à Rede
Adequar a política de avaliação de desempenho aos novos objetivos e desenho da rede de atenção, implantando processo permanente de avaliação de desempenho tanto gerencial quanto dos trabalhadores	150 - Avaliar anualmente os servidores estatutários e contratados por CLT
	151 - Formular uma política de incentivo aos funcionários por meio de pontuação
	152 - Estruturar um sistema de incentivo por difícil acesso (área rural)
	153 - Melhorar o atendimento técnico com participação da comunidade na verificação do desempenho dos profissionais.

Diretriz 1.5 - Qualificar a gestão e ações de Assistência e Vigilância em Saúde – Sanitária, Ambiental, Epidemiológica, Alimentar e Nutricional e de Saúde do Trabalhador para redução dos principais riscos e agravos a saúde da população

Ação	Metas – Propostas
Fortalecer ações de Vigilância Sanitária	154 - Atualizar a Legislação Sanitária Municipal criando um Novo Código sanitário, e rever a classificação de risco.
	155 - Atualizar constantemente os cadastros de estabelecimentos de interesse da saúde
	156 - Efetuar vistorias em estabelecimentos em geral
	157 - Fiscalizar o serviço de coleta de resíduo hospitalar em estabelecimentos de saúde
	158 - Analisar e aprovar o PGRSS dos estabelecimentos que geram resíduos hospitalares
	159 - Capacitar fiscais para o novo modelo de saúde estabelecendo um padrão de conduta das atividades da equipe multiprofissional
	160 - Adequar o número de funcionários para fiscalização
	161 - Estabelecer prioridades utilizando o conceito de risco sanitário e histórico do estabelecimento.
	162 - Definir competências da Secretaria de Meio Ambiente e da Vigilância em Saúde
	163 - Investir os fiscais sanitários como autoridades sanitárias mediante capacitação e habilitação dos servidores.
Ampliar ações de vigilância alimentar e nutricional	164 - Instituir fluxo de envio de Prontuários Nutricionais, e a ampliação a todas as faixas etárias
	165 - Ampliar a cobertura de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família com perfil saúde e do Programa Leite das Crianças
	166 - Elaborar ações de abordagem das famílias que irão ingressar no Programa Bolsa Família e no Programa Leite das Crianças para esclarecer dúvidas e explicar as condicionalidades do programa
	167 - Capacitar os profissionais da rede municipal de saúde para ações em vigilância sanitária
	168 - Desenvolver programa de acompanhamento nutricional priorizando grupos de maiores riscos.
Promover ações que visem redução da morbimortalidade por causas externas e doenças controláveis de grande incidência local	169 - Elaborar um Plano de Enfrentamento Local.
	170 - Garantir o retorno dos dados de morbidade e mortalidade.
Incentivar o compartilhamento de informações entre as Vigilâncias e demais Instâncias da Secretaria de Saúde	171 - Capacitar os profissionais da rede municipal de saúde para ações em vigilância sanitária
	172 - Realizar análise de dados com geração de indicadores e divulgação dos dados com vistas à promoção de ações de saúde

	173 - Utilizar o sistema de geoprocessamento WEBGEO para lançamento de informações e dados de interesse à saúde
	174 - Criar mapa de informações de interesse a saúde bem como a criação de mapa epidemiológico interativo
	175 - Integrar os diversos saberes e treinamento e informação para as equipes Saúde da Família
Promover alimentação constante nas bases de dados	176 - Capacitar os profissionais para operacionalização na alimentação dos dados
	177 - Promover campanhas e busca ativa visando o preenchimento de dados faltantes para a alimentação dos bancos de dados
Promover a integralidade da atenção à saúde, de forma interdisciplinar e intersetorial, para assegurar o cumprimento dos compromissos assumidos neste Plano de Saúde e nos Instrumentos de Pactuação	178 - Formar grupos de acompanhamento de resultados e índices dos compromissos assumidos, com apresentação do relatório ao CMS
Promover a integralidade da Atenção à Saúde, de forma interdisciplinar e intersetorial para assegurar a gestão integrada da atenção primária e vigilância	179 - Integrar as equipes de vigilância à saúde e assistência à saúde para trabalharem em conjunto dentro do domínio distrital
Promover ações de Saúde do trabalhador	180 - Investigar acidentes de trabalho ocorridos em estabelecimentos do Município
	181 - Implantar protocolos de ações de saúde do trabalhador, conforme orientação do MS
	182 - Vistoriar empresas que possuam maquinários que apresentem risco à saúde do trabalhador
	183 - Realizar seminário com assuntos referentes à implantação deste trabalho, com periodicidade mínima anual.
	184 - Promover parceria com Corpo de Bombeiros para informações a respeito de acidentes
	185 - Promover orientação referente à implantação de NR's referente ao Ministério do Trabalho em empresas
	186 - Promover palestras periódicas na própria Unidade de Saúde sobre prevenção de acidentes

	187 - Criar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
	188 - Promover orientação e treinamento da Equipe referente ao amparo à trabalhadores acidentados e abertura de CAT
	189 - Realizar parceria com o Ministério do Trabalho para integração dos bancos de dados.
	190 - Implantar o CEREST.
Promover ações de Vigilância ambiental	191 - Realizar coletas de água em pontos do Município abastecidos pela SANEPAR
	192 - Realizar coletas de água em soluções alternativas de abastecimento quando existem suspeitas de contaminação nesta água
	193 - Aprovar o PGRSS de todos os estabelecimentos que venham a gerar resíduos hospitalares
	194 - Distribuir aparelhos cloradores e refis de cloro para Unidades de Saúde
	195 - Fiscalizar os serviços de coleta de resíduos hospitalares em todas as Unidades de Saúde, Hospitais Municipais e demais serviços do Município
	196 - Promover educação para profissionais e população na própria unidade de saúde
	197 - Trabalhar a conscientização da população em relação à coleta seletiva de lixo com ampla divulgação
	198 - Promover a integração de ações entre as secretarias sobre a destinação final de resíduos.
Compreender as causas de mortalidade para análise da saúde com vistas à definição das políticas públicas prioritárias	199 - Implantar o comitê regional e hospitalar de mortalidade materno infantil
	200 - Realizar levantamento epidemiológico para analisar as causas da mortalidade e planejar ações para minimizar as principais causas
Reestruturação do Sistema de verificação de óbitos	201 - Implementar fluxo, normas e rotinas
	202 - Criar estrutura física para este fim
	203 - Adequar profissionais peritos em medicina forense
Reestruturação da CCIH e da comissão de controle de infecção ambulatorial	204 - Promover capacitação de profissionais para atuar junto aos estabelecimentos de Saúde
Fortalecer e ampliar ações de controle de zoonoses, vetores e de agravos causados por animais sinantrópicos nocivos	205 - Promover integração entre ACS e ACE nas ações de combate e prevenção a zoonoses e demais agravos de interesse ao CCZ
	206 - Implementar o Programa de Controle Ético da População Canina e Felina do município em 2010
	207 - Realizar levantamento quadrimestral em 33% dos imóveis localizados em área urbana do município
	208 - Incluir profissionais médicos veterinários para trabalho junto às Regionais.
	209 - Ampliar o quadro funcional de Agentes de Combate a

	Endemias
	210 - Qualificar todos os profissionais para orientações acerca de Zoonoses.
	211 - Trabalhar a conscientização da população em relação à guarda Responsável de animais
	212 - Viabilizar a transferência do Centro de Controle de Zoonoses para outra localidade, com adequação da estrutura de acordo com a legislação vigente.

Diretriz 1.6 - Integrar a Rede Municipal a Região Metropolitana e a Rede Estadual de Saúde

Ações	Metas – Propostas
Estabelecer relações com gestores municipais da Região, com a Regional de Saúde, com a SESA, e com escritório do Ministério da Saúde no Paraná.	213 - Promover reuniões periódicas para discussão de protocolos e programas
Estabelecer cooperação com o governo do Estado e Instituições de Ensino para a operacionalização do Hospital Municipal como unidade integrada à Rede de Atenção Metropolitana e Estadual da Saúde	214 - Estabelecer convênios com instituições acadêmicas formadoras de profissionais de saúde
Estabelecer fluxo de comunicação e integração entre os serviços de atenção primária e especializadas	

Diretriz 1.7 - Adequar as Unidades de Atenção à Saúde para realizar serviços e ações, de acordo com sua função, com a população adscrita e normas técnicas vigentes

Ações	Metas - Propostas
Concluir o processo de informatização de todas as Unidades de Atenção à Saúde	215 - Informatizar as Unidades de Saúde de forma que possam trabalhar em rede, entre si, e extra regional
Promover a readequação física e tecnológica das Unidades de Saúde	216 - Realizar levantamento das necessidades estruturais e tecnológicas das Unidades de Saúde
	217 - Elaborar projetos de redimensionamento físico das Unidades de Saúde
	218 - Adequar as Unidades de Saúde dentro das

	necessidades de cada localidade com vistas a atender os critérios técnicos e sanitários para a funcionalidade da Unidade
	219 - Treinar servidores para o uso da tecnologia
	220 - Dar legitimidade e confiabilidade à mudança cultural e aos agentes que a promovem
	221 - Sensibilizar os servidores para o impacto social positivo da mudança
Adequar as Unidades de Saúde à Legislação Sanitária Vigente	222 - Promover análise, pela equipe da Vigilância Sanitária, dos Projetos das novas UPAs e adequação do projeto, caso necessário
	223 - Divulgar a legislação sanitária segundo a RDC 44 (Resolução da Diretoria Colegiada)
	224 - Construir a lavanderia hospitalar conforme a RDC 50 (Resolução da Diretoria Colegiada) que atenda a toda a rede de saúde da SMS.
	225 - Realizar a revisão do código Sanitário.
Otimizar os materiais e equipamentos adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde	226 - Implantar a Central de Roupas e Materiais da SMS
	227 - Implantar programa de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos
	228 - Criar uma lista básica de materiais definindo prioridades das Unidades de saúde
Otimizar os recursos e integração do atendimento hospitalar	229 - Promover a unificação do Hospital São José e Hospital Atílio Talamini
Avaliar as condições de transporte para acesso às Unidades de Saúde	230 - Avaliar e adequar as linhas de transporte
Adequar a frota de transporte em quantidade e qualidade e manutenção da frota já existente	231 - Ampliar o número de ambulâncias brancas (Regulação SMS),
	232 - Adquirir um contêiner adaptado para atendimento de múltiplas vítimas
	233 - Adquirir ônibus adaptados para atendimento móvel, inclusive para cadeirantes
	234 - Ampliar o número de veículos, sendo um para cada unidade em 2010 e um para cada equipe em 2011.
Manter as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias para funcionamento das estruturas da SMS	235 - Elaborar, Imprimir e disponibilizar material didático para ações educativas
	236 - Elaborar e Imprimir planilhas, formulários, receituários e outros documentos padronizados na SMS
	237 - Adequar o cronograma de pedido e entrega de materiais de acordo com a especificidade de cada Unidade de Atenção à Saúde
Estruturar o arquivamento dos documentos públicos da SMS	238 - Estruturar o arquivamento dos documentos públicos nas Unidades de Saúde
	239 - Estruturar um local nas Unidades de Atenção à Saúde apropriada para arquivamento

Diretriz 1.8 - Garantir o acesso aos medicamentos e insumos estratégicos na perspectiva da garantia da qualidade e segurança em Saúde

Ações	Metas - Propostas
Promover o uso de Medicamento Racional	240 - Aprovar e publicar a REMUME (Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais) garantido um correto descritivo para sua aquisição
	241 - Vincular o fornecimento do medicamento ao cadastramento do paciente ao domicílio sanitário
	242 - Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos e profissionais de saúde
	243 - Definir a lista de medicamentos complementares à Secretaria Municipal de Saúde garantindo um correto descritivo para sua aquisição
	244 - Estabelecer os protocolos clínicos e divulgá-los aos prescritores da rede municipal de saúde
	245 - Estabelecer fluxo de atendimento às solicitações de medicamentos não padronizados pelo Município
	246 - Designar profissionais farmacêuticos para supervisão e responsabilidade pelas farmácias regionais e supervisão nas UBS
	247 - Designar e treinar profissionais auxiliares de farmácia para apoiar na dispensação dos medicamentos
	248 - Garantir acesso aos medicamentos nas Regionais de Saúde, hospitais e Unidades de Pronto-Atendimento
	249 - Garantir acesso aos medicamentos controlados e insulina em todas as Regionais de Saúde
Estruturar o ciclo de assistência farmacêutica no município	250 - Realizar plantão administrativo nas Regionais de Saúde.
	251 - Realizar levantamento sobre as causas da não adesão ao uso de medicamentos prescritos
	252 - Adotar a REMUME e lista de medicamentos complementares para o planejamento da aquisição de medicamentos
	253 - Elaborar os protocolos de procedimentos técnicos e administrativos para a aquisição dos medicamentos
	254 - Estimar a necessidade de medicamentos e insumos da SMS articulado com os serviços e áreas interfaces, coordenação de programas, serviços e profissionais de saúde
	255 - Criar fluxo de gerenciamento no processo de aquisição dos medicamentos e insumos, gestão de estoque e distribuição de medicamentos
Facilitar o acesso da	256 - Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos nas Unidades de Saúde e Centrais de Abastecimento
	257 - Promover Farmácias que dispensem

população medicamento	ao	medicamentos controlados e insulinas, em cada Regional de saúde
		258 - Promover Farmácias para atender a demanda das UPA's
		259 - Criar Farmácia Especial
Reestruturar a logística e infra-estrutura para execução da política de assistência farmacêutica com qualidade		260 - Informatizar e proporcionar a comunicação e o fluxo de informações entre os setores da assistência farmacêutica
Estabelecer fluxo de farmacovigilância no Município	de	261 - Implementar e divulgar fluxo de farmacovigilância em parceria com a vigilância sanitária para notificação, acompanhamento e deliberação sobre medicamentos ou insumos tecnicamente insatisfatórios para garantia da qualidade do atendimento à saúde da população

Diretriz 1.9 - Qualificar o controle, avaliação, auditoria e regulação

Ações	Metas - Propostas
Revisar, fortalecer e readequar instrumentos que regulam a oferta assistencial, identificação de usuários, CNES, programação e pactuação	262 - Integrar o Município no Consórcio Metropolitano de Saúde
Melhorar o tempo resposta dos atendimentos realizados pelas ambulâncias	263 - Informatizar o sistema de atendimento das ambulâncias
	264 - Adquirir aparelho GPS para as ambulâncias
	265 - Realizar levantamento do tempo de deslocamento das ambulâncias
	266 - Desvincular a Central de Ambulâncias de São José da Central de Ambulâncias de Curitiba.
Oferecer maior precisão nos agendamentos das ambulâncias brancas para os usuários	Levantar o perfil dos pacientes atendidos pelas ambulâncias
	267 - Capacitar os atendentes da chamada de emergência para contato e espera da ambulância até sua chegada, tranquilizando a pessoa que espera o socorro médico
	268 - Ampliar a equipe de agendamento
	269 - Informatizar o sistema de atendimento das ambulâncias
Implementar e legitimar os protocolos técnicos e assistenciais estabelecidos pelo	270 - Estabelecer os protocolos técnicos de todos os serviços
	271 - Divulgar e capacitar os profissionais para adotarem os protocolos técnicos
	273 - Proceder com revisões periódicas anuais dos protocolos

Município	técnicos
	274 - Regular e verificar o cumprimento dos protocolos estabelecidos
Adequar o suporte logístico da regulação para o serviço em rede	275 - Adequar o transporte e informação do serviço da regulação conforme diretrizes da SMS
	276 - Interligar as Unidades de Saúde com sistema informatizado e monitoramento
	277 - Garantir a viabilização dos meios de comunicação (aparelhos de comunicação em bom estado de uso e garantia de manutenção)
	278 - Melhorar a comunicação disponível para as consultas da área rural, através dos agentes comunitários de Saúde ou outro meio mais eficaz.
Monitorar e fiscalizar os contratos, credenciamentos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas	279 - Promover capacitação dos gestores e fiscais de contrato
	280 - Estabelecer fluxo de trabalho para os mesmos poderem desempenhar seu papel junto à regulação
	282 - Implantar a Central de Marcação de Consultas e Exames nas Regionais.
Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde públicos e privados	283 - Estabelecer fluxo de auditoria, grupo capacitado para realizá-la e execução periódica
Monitorar e avaliar as ações da Secretaria Municipal de Saúde por meio de ferramentas legais	284 - Criar um grupo de avaliação do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde
	285 - Melhorar o sistema de avaliação de desempenho individual
Reestruturar a Ouvidoria do SUS	286 - Realizar duas oficinas anuais de capacitação com a equipe de servidores que vão atuar nos pontos de conexão, nível I e nível II
	287 - Realizar um seminário anual de sensibilização e capacitação com diretores, chefias de divisões e coordenações.
	289 - Implantar o programa de Caixas Coletoras de sugestões e reclamações em todas as unidades de saúde para identificar as necessidades e opiniões da população
	290 - Implantar o Disque Saúde (0800)
	291 - Ampliar e adequar o espaço físico local de atendimento em mais de 30m²
	292 - Promover visita técnica às ouvidorias de outros municípios para troca de experiências
	294 - Promover duas reuniões comunitárias anuais na área de abrangência de cada unidade de saúde sobre a ouvidoria do

	SUS e o Participa SUS
	295 - Promover a resposta ao usuário em no máximo 48 horas
	296 - Implantar Unidades de Ouvidoria Distritais
	297 - Direcionar as reclamações e sugestões ao gabinete do prefeito e a Ouvidoria.
	298 - Implantar equipamento eletrônico nas Unidades para avaliação do atendimento e estimular o uso das Caixas da Ouvidoria.

OBJETIVO 2: PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Diretriz 2.1 - Tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino e aprendizado no exercício do trabalho

Ações	Metas – Propostas
Capacitação de gestores na Área da Saúde	299 - Promover cursos e facilitar de participação dos servidores do município
	300 - Realizar no mínimo um curso de capacitação e facilitar a participação dos servidores do Município.
Promoção de curso de capacitação voltado aos servidores para incorporação dos mesmos ao SUS	301 - Capacitar os servidores e profissionais de saúde para conhecer o SUS e cursos de capacitações referentes a sua área de atuação em consonância com os programas do ministério da saúde
	302 - Garantir às Unidades ambulatoriais e hospitalares espaço físico e infra-estrutura para educação permanente, educação em saúde e gestão participativa
Estabelecer o Sistema Saúde Escola e Educação permanente em cooperação com a Instituição de Ensino atuante Nacionalmente, na Região e no Estado do Paraná	303 - Implantar Escola de Saúde para formação, capacitação e atualização de servidores e outros interessados (usuários).
Manter e estabelecer convênios com instituições de ensino e outras parcerias	304 - Implantar o núcleo de formação para o trabalho na saúde
	305 - Implantar a Residência Multidisciplinar em Saúde da Família
	306 - Implantar Residência em Medicina da Família
Capacitar profissionais na definição e construção do Controle Social na U.S.	307 - Oferecer curso de capacitação aos funcionários
	308 - Facilitar a participação dos funcionários das Unidades de Saúde nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
Incorporação do conhecimento na formação de	309 - Criar grupos de discussões de caso e debates relacionadas ao cotidiano das atividades
	310 - Criar grupos de discussão de casos e debates

profissionais aptos a lidar com o novo quadro demográfico epidemiológico	relacionados ao cotidiano das atividades em reuniões periódicas.
Implantação e implementação do telessaúde	311 - Realizar cursos introdutórios e atualizações para todos os servidores e profissionais de saúde.
	312 - Disponibilizar o serviço em toda a rede municipal de saúde.
Incrementar a participação do município no PREPS e divulgar as ações lá desenvolvidas	313 - Divulgar e estimular a participar do PREPS.

OBJETIVO 3: Promover da Gestão Participativa e Controle Social

Diretriz 3.1 - Desenvolver ações de comunicação e informação junto à comunidade

Ações	Metas – Propostas
Consolidar os mecanismos de informação à população utilizando os diversos meios de comunicação	314 - Implantar meios eletrônicos para comunicação direta do CMS com a população, incluindo portal, blog e outros
	315 - Elaborar um jornal Distrital trimestral com acesso à população local.
	316 - Elaborar um boletim informativo trimestral, com participação de delegados e suplentes.
	317 - Disponibilizar à comunidade materiais de informação e educação
	318 - Realizar palestras junto a comunidade promovendo informações sobre o SUS e controle social
Promover ações de informação e reconhecimento acerca do SUS junto a população em geral	319 - Informar à população local quais os serviços oferecidos na Unidade de Saúde e na Regional, e promover discussão sobre as condições dos serviços oferecidos.
Fortalecer a comunicação social através da mídia	320 - Divulgar por meio de TV, rádio, jornais/informativos, vídeos exibidos por circuitos internos nas unidades e carros de som as ações das Unidades de Saúde na área de abrangência.
Estruturar portal de comunicação da SMS	321 - Disponibilizar um link no site da Secretaria Municipal de Saúde para a Regional de Saúde, incluindo um Disk saúde e terminal eletrônico para uso da comunidade.

Diretriz 3.2 - Fortalecer a gestão participativa e descentralizada, estruturando as Regionais de Saúde para planejamento local

Ações	Metas – Propostas
Implementar a gestão participativa local e regional	322 - Implementar questionários de avaliação das ações desenvolvidas e colher sugestões da comunidade.
	323 - Realizar reuniões periódicas com a comunidade local, incluindo audiências regionais e locais.
	324 - Proporcionar cursos de capacitação de conselheiros municipais e regionais, bem como da comunidade.
	325 - Realizar fóruns com maior abrangência com ampla divulgação
Realizar as Conferências Municipais de Saúde e escutas públicas à população com vistas às definições das políticas de saúde	326 - Proporcionar reuniões trimestrais com a população para elencar necessidades e eleger representantes locais.
	327 - Realizar Conferência Municipal em 2011 - Escolher delegados para Conferência Nacional e Estadual;
	328 - Eleger os membros do Conselho Municipal de Saúde na Conferência Municipal;
	329 - Ampliar o número de participantes de cada segmento no Conselho Municipal de Saúde (Anexo 1).
	330 - Alterar a legislação do regulamento do Conselho Municipal de Saúde para a próxima Conferência, garantindo a eleição dos conselheiros durante a Conferência.
Manter as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	331 - Proporcionar suporte técnico administrativo e jurídico ao Conselho Municipal de Saúde.
Promover junto aos profissionais de saúde a consciência do Controle Social na U.S	333 - Realizar seminário distrital, dirigido aos profissionais de saúde, sobre o tema “Controle Social”.

ANEXO B – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS, RESPECTIVAMENTE, DOS PERIÓDICOS “HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL”, “HEALTH & PLACE” E “CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA”.

Oxford Journals

HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL

1. INFORMATION FOR AUTHORS

Scope
 Submission of Manuscripts
 References
 Licence to Publish
 Proofs
 Open Access Option
 Funding
 Communications

SCOPE

Health Promotion International contains refereed original articles, reviews, and debate articles on major themes and innovations from various sectors including education, health services, employment, government, the media, industry, environmental agencies, and community networks. The journal provides a unique focal point for articles of high quality that describe not only theories and concepts, research projects and policy formulation, but also planned and spontaneous activities, organizational change, social and environmental development.

SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

General Points

Language: Manuscripts must be clearly and concisely written in English. The Editors reserve the right to reject without review those that cannot adequately be assessed because of a poor standard of English. Authors whose first language is not English are encouraged to have their manuscript checked by a native English speaker. If you have difficulty with this you can obtain further help and information here.

Title: No longer than 10 words; also to include country where research undertaken in title (if relevant).

Key words: Please include a minimum of two words “key words” to aid literature searching, and a maximum of five.

Word count: Manuscript length not to exceed 7000 words, allowing approximately:

- 3000 words for body of text
- 250 words for abstract
- 1000 words for references
- Total of 3 tables or figures (all tables and figures will be deemed to represent approximately 500 words each, due to the space required if manuscript is published).

Variations can be made to the length of these individual sections but the total word count must not exceed 7000 words. Please state clearly on the manuscript the breakdown of the total word count; over-length articles will not be considered.

Correspondence: The Editorial Office will correspond directly with authors on the acceptability of their papers.

Unique submissions: Authors may not submit manuscripts that are under consideration for publication elsewhere.

Online submission: Manuscripts must be submitted online via the online submission system <http://mc.manuscriptcentral.com/hpi>. Please see further submission details below.

Preparing Documents for Submission

Enter text in the style and order of the Journal (see "References" section below).

Insert figure captions and tables at the end of the file.

Save any tables, diagrams, figures, graphs or illustrations generated electronically as separate files and not embedded into the text file. Tables must be in editable format (e.g. Excel). Figures can be in editable or image format.

Type headings in the style of the Journal.

Where possible use Times for the text font and Symbol for the Greek and special characters. Please use the word processing formatting features to indicate **Bold**, *Italic*, Greek, Maths, ^{Superscript} and _{Subscript} characters.

Once your manuscript is ready for submission, please follow the online submission instructions here.

Figure Submission

Images on disk can be accepted in Adobe PhotoShop compatible formats. Images should be saved in TIFF format.

Image resolution should be a *minimum* of 300 dpi.

REFERENCES

Reference list:

- References should be listed at the end of the main text.
- Reference citations should be inserted in the text using the **author-date system** whereby the surname of the author and year of publication of the reference are used in the text. For example: 'Reports by Author (Author, 1989) have confirmed...' or '...as reported earlier (Author and Author, 1985; Author *et al.*, 1998)'. *Do not* place text other than the author and date within the parentheses.
- Authors should check all references carefully, and in particular ensure that all references in the Reference section are cited in the text.
- The list of references should be in alphabetical order of surnames.
- References by the same author(s) should be in chronological order.
- Personal communications, unpublished results, manuscripts submitted or in preparation, statistical packages, computer programs and web sites should be cited in the text only, NOT included in the References section.
- Accession numbers may be cited either within the text or in the form of a reference.
- The normal form of listed references is author's surname, initials; year in parenthesis; article title; journal name in full, volume number and page numbers.
- See examples below

Examples:

Journal article (already published in an issue): Xu, L. S., Pan, B. J., Lin, J. X., Chen L. P., Yu, S. H. and Jones, J. (2000) Creating health-promoting

schools in rural China: A project started from deworming. *Health Promotion International*, **15**, 197-206.

Journals article (e-pub ahead of print): Salmon, J., Ball, K., Crawford, D., Booth, M., Telford, A., Hume, C., Jolley, D. and Worsley, A. (2005) Reducing sedentary behaviour and increasing physical activity among 10-year-old children: overview and process evaluation of the 'Switch-Play' intervention. *Health Promotion International*, January 24, 2005: 10.1093/heapro/dah502.

Chapter in a book: Zerjal, T., Singh, L. and Thangaraj, Jr K. (1999) The use of Y-chromosomal DNA variation. In Papiha, B. N. and Chakraborty, E. (eds), *Genomic Diversity*, 2nd edition, Chapter 4. Kluwer Academic, New York, NY, pp. 91–101.

Book (Editor as author): Shaw, S. and Anderson, D. L. (eds) (1978) *Classification of osteogenesis imperfecta*. New England Journal of Medicine, 21, 1003–1007.

Number of authors: *Single author: Shaw, S.*

Two authors: Kennedy, T. and Jones, R.

More than three authors: Zerjal, T., Singh, L. and Thangaraj, Jr K.

More than six authors: If more than 6, retain first six authors and put et al.

Electronic source: Barry, P. (2002) One Tel's cash SOS, then it all fell apart. *Sydney Morning Herald*, 1 August. [Http://www.smh.com.au](http://www.smh.com.au) (last accessed 16 September 2002).

Reference citations in text:

- Single author: (Zhou, 2001)
- Two authors: (McDonald and Norman, 2002)
- More than two authors: (Schoolcraft et al., 2001)
- Same author, more than one citation: (Jones, 2001, 2003)
- Unpublished data: (H.G.Jones, unpublished results/submitted for publication/in preparation [delete as appropriate])

PROOFS

Authors are sent page proofs. Please provide an e-mail address to enable page proofs to be sent as PDF files via e-mail. To avoid delays in publication, proofs should be checked immediately for typographical errors.

LICENCE TO PUBLISH/OFFPRINTS

New for 2010 – Please note that the journal now encourages authors to complete their copyright licence to publish form online.

Upon receipt of accepted manuscripts at Oxford Journals authors will be invited to complete an online copyright licence to publish form.

This ensures that requests from third parties to reproduce articles are handled efficiently and consistently and will also allow the article to be as widely disseminated as possible. In granting an exclusive licence, authors may use their own material in publications provided that the Journal is acknowledged as the original place of publication, and Oxford University Press is notified in writing and in advance. In consideration for granting an exclusive licence, the publisher will provide free online access to your article. Printed offprints may be ordered at extra cost at the proof stage.

To download the offprint form, please [click here](#).

Orders from the UK will be subject to the current UK VAT charge. For orders from elsewhere in the EU you or your institution should account for VAT by way of a reverse charge. Please provide us with your or your institution's VAT number.

Please note that by submitting an article for publication you confirm that you are the corresponding/submitting author and that Oxford University Press ("OUP") may retain your email address for the purpose of communicating with you about the article. You agree to notify OUP immediately if your details change. If your article is accepted for publication OUP will contact you using the email address you have used in the registration process. Please note that OUP does not retain copies of rejected articles.

Open Access Option for Authors

Health Promotion International authors have the option to publish their paper under the Oxford Open initiative; whereby, for a charge, their paper will be made freely available online immediately upon publication. After your manuscript is accepted the corresponding author will be required to accept a mandatory licence to publish agreement. As part of the licensing process you will be asked to indicate whether or not you wish to pay for open access. If you do not select the open access option, your paper will be published with standard subscription-based access and you will not be charged.

You can pay Open Access charges using our Author Services site. This will enable you to pay online with a credit/debit card, or request an invoice by email or post. Open Access charges can be viewed here in detail; discounted rates are available for authors based in some developing countries (click here for a list of qualifying countries).

Orders from the UK will be subject to the current UK VAT charge. For orders from the rest of the European Union, OUP will assume that the service is provided for business purposes. Please provide a VAT number for yourself or your institution and ensure you account for your own local VAT correctly.

FUNDING

Please submit a separate title page (to be designated as “Title Page”) with author address and contact details, funding sources, word count and any acknowledgements.

For the funding statement the following rules should be followed:

- The sentence should begin: ‘This work was supported by ...’
- The full official funding agency name should be given, i.e. ‘the National Cancer Institute at the National Institutes of Health’ or simply ‘National Institutes of Health’ not ‘NCI’ (one of the 27 subinstitutions) or ‘NCI at NIH’ (full RIN-approved list of UK funding agencies) Grant numbers should be complete and accurate and provided in brackets as follows: ‘[grant number ABX CDXXXXXX]’
- Multiple grant numbers should be separated by a comma as follows: ‘[grant numbers ABX CDXXXXXX, EFX GHXXXXXX]’
- Agencies should be separated by a semi-colon (plus ‘and’ before the last funding agency)
- Where individuals need to be specified for certain sources of funding the following text should be added after the relevant agency or grant number ‘to [author initials]’.

An example is given here: ‘This work was supported by the National Institutes of Health [AA123456 to C.S., BB765432 to M.H.]; and the Alcohol & Education Research Council [P50 CA098252 and CA118790 to R.B.S.R.]’

Oxford Journals will deposit all NIH-funded articles in PubMed Central. See http://www.oxfordjournals.org/for_authors/repositories.html for details. Authors must ensure that manuscripts are clearly indicated as NIH-funded using the guidelines above.

Author Self-Archiving/Public Access policy

Author Self-Archiving/Public Access policy from May 2005

For information about this journal's policy, please visit our Author Self-Archiving policy page.

COMMUNICATIONS

Editorial Office contact information:

Ms Robyn Perlstein BSc (hons); Grad Dip Diet; APD
Health Promotion International Journal Administrator
Room ad2.211

Deakin University

Geelong Waterfront Campus

Victoria, Australia 3220

<http://heapro.oxfordjournals.org/>

Email: hpij@deakin.edu.au



HEALTH & PLACE
An International Journal

GUIDE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

The journal is an interdisciplinary journal dedicated to the study of all aspects of health and health care in which place or location matters.

Recent years have seen closer links evolving between medical geography, medical sociology, health policy, public health and epidemiology. The journal reflects these convergences, which emphasise differences in health and health care between places, the experience of health and care in specific places, the development of health care for places, and the methodologies and theories underpinning the study of these issues.

The journal brings together international contributors from geography, sociology, social policy and public health. It offers readers comparative perspectives on the difference that place makes to the incidence of ill-health, the structuring of health-related behaviour, the provision and use of health services, and the development of health policy.

At a time when health matters are the subject of ever-increasing attention, *Health & Place* provides accessible and readable papers summarizing developments and reporting the latest research findings.

Types of paper

Articles should normally be 4000-6000 words long, although articles longer than 6000 words will be accepted on an occasional basis, if the topic demands this length of treatment. Authors are responsible for ensuring that all manuscripts (whether original or revised) are accurately typed before final submission. Manuscripts will be returned to the author with a set of instructions if they are not submitted according to our style.

The Short Reports section allows authors to submit material which might not be appropriate for fulllength articles but is worthy of publication. It may report work-in-progress or elements of larger projects (1000-2000 words).

The viewpoints section exists for the expression of opinion and as a forum for debate (1000-2000 words).

Review papers may provide scholarly assessments of new policies or practices, or academic overviews of new areas of study (5000-6000 words).

Special issue policy

Our policy on special issues is that we will not do complete special issues, rather we will consider special sections of 4-10 papers. Specials need to be proposed to the Editor in Chief and will be evaluated by Assistant Editors and one or more Board Members and/or external advisors. Proposals should normally include abstracts and must include a clearly argued case for the special. Exceptionally we will consider specials based around a call-for-papers. Evaluation will focus on the coherence, topicality and market for the special. We

expect specials to pursue an agenda and to be introduced by an agenda-setting paper, which could take the form of a guest editorial. All papers in specials, including the lead paper should be submitted in the normal way and will undergo normal peer review. We anticipate one special per year.

Contact details for submission

Health & Place has an online submission system with the aim of improving our editorial procedure for authors, reviewers and the editor. The website address is: <http://ees.elsevier.com/jhap>. If this is your first time using the system you will need to go to the above page and register as a new author by clicking the 'Register' link. Once registered you may then submit your paper by clicking 'Submit New Manuscript' and following the instructions. All correspondence between the editor and authors will be performed by e-mail and paper copies will not be required at the original submission stage.

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

For information on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication see <http://www.elsevier.com/publishingethics> and <http://www.elsevier.com/ethicalguidelines>.

Conflict of interest

All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. See also <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>.

Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection software iThenticate. See also <http://www.elsevier.com/editors/plagdetect>.

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

Before the accepted manuscript is published in an online issue: Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed. *After the accepted manuscript is published in an online issue:* Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement. Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please consult <http://www.elsevier.com/permissions>). If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult <http://www.elsevier.com/permissions>.

Retained author rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: <http://www.elsevier.com/authorsrights>.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated. Please see <http://www.elsevier.com/funding>.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

Open access

This journal offers you the option of making your article freely available to all via the ScienceDirect platform. To prevent any conflict of interest, you can only make this choice after receiving notification that your article has been accepted for publication. The fee of \$3,000 excludes taxes and other potential author fees such as color charges. In some cases, institutions and funding bodies have entered into agreement with Elsevier to meet these fees on behalf of their authors. Details of these agreements are available at <http://www.elsevier.com/fundingbodies>. Authors of accepted articles, who wish to take advantage of this option, should complete and submit the order form (available at <http://www.elsevier.com/locate/openaccessform.pdf>). Whatever access option you choose, you retain many rights as an author, including the right to post a revised personal version of your article on your own website. More information can be found here: <http://www.elsevier.com/authorsrights>.

Language and language services

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit <http://webshop.elsevier.com/languageediting> or our customer support site at <http://support.elsevier.com> for more information.

PREPARATION

Use of wordprocessing software

It is important that the file be saved in the native format of the wordprocessor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the wordprocessor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns.

The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier: <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork. To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your wordprocessor.

Article structure

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate this clearly. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that telephone and fax numbers (with country and area code) are provided in addition to the e-mail address and the complete postal address. Contact details must be kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Optimizing the title and abstract of an article for your audience

In order to increase the exposure of your article, we suggest the following:

- The title of your article must be clear and descriptive, using keywords that are relevant to the subject area, and would most likely be used in an online search.
- The abstract must also contain keywords and common phrases for the subject area, perhaps using wording from the title. These carefully chosen keywords and phrases can also be emphasised in the text, however please do this with caution as some search engines can reject overly repetitive webpages.

Abstract

A concise and factual abstract of about 100 words is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the

file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). See <http://www.elsevier.com/highlights> for examples.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article, using superscript Arabic numbers. Many wordprocessors build footnotes into the text, and this feature may be used. Should this not be the case, indicate the position of footnotes in the text and present the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list. *Table footnotes* Indicate each footnote in a table with a superscript lowercase letter.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Save text in illustrations as 'graphics' or enclose the font.
- Only use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times, Symbol.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Produce images near to the desired size of the printed version.
- Submit each figure as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

<http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

Regardless of the application used, when your electronic artwork is finalised, please "save as" or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS: Vector drawings. Embed the font or save the text as 'graphics'.

TIFF: Color or grayscale photographs (halftones): always use a minimum of 300 dpi.

TIFF: Bitmapped line drawings: use a minimum of 1000 dpi.

TIFF: Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale): a minimum of 500 dpi is required.

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is'.

Please do not:

- Supply files that are optimised for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); the resolution is too low;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF, EPS or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color on the Web (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or on the Web only. For further information on the preparation of electronic artwork, please see <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Please note: Because of technical complications which can arise by converting color figures to 'gray scale' (for the printed version should you not opt for color in print) please submit in addition usable black and white versions of all the color illustrations.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article.

References*Citation in text*

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication' Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

This journal has standard templates available in key reference management packages EndNote (<http://www.endnote.com/support/enstyles.asp>) and Reference Manager (<http://refman.com/support/rmstyles.asp>). Using plug-ins to wordprocessing packages, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article and the list of references and citations to these will be formatted according to the journal style which is described below.

Reference Style

For *Health & Place* the Harvard system is to be used: authors' names (no initials) and dates (and specific pages, only in the case of quotations) are given in the main body of the text, e.g. (Phillips, 1990, p, 40). References are listed alphabetically at the end of the paper, double spaced and conform to current journal style:

For journals: Macintyre, S., MacIver, S., Sooman, A., 1993. Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy* 22, 213-234.

For books: Jones, K., Moon, G., 1987. *Health, Disease and Society*. RKP, London.

For Chapters of edited Books: Laws, G., Dear, M., 1988. Coping in the community: a review of factors and influencing the lives of deinstitutionalized ex-psychiatric patients. In: Smith, C., Giggs, J. (Eds), *Location and Stigma*. Unwin Hyman, London, pp. 83-102.

Other publications: Where there is doubt include bibliographical details.

Video data

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 50 MB. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research.

Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, highresolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Checklist

- Have you told readers, at the outset, what they might gain by reading your paper?
- Have you made the aim of your work clear?
- Have you explained the significance of your contribution?
- Have you set your work in the appropriate context by giving sufficient background (including a complete set of relevant references) to your work?
- Have you addressed the question of practicality and usefulness?
- Have you identified future developments that may result from your work?
- Have you structured your papers in a clear and logical fashion?
- Have you provided an abstract and keywords?

AFTER ACCEPTANCE

Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly 'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information. The correct format for citing a DOI is shown as follows (example taken from a document in the journal *Physics Letters B*):

doi:10.1016/j.physletb.2010.09.059

When you use the DOI to create URL hyperlinks to documents on the web, the DOIs are guaranteed never to change.

Proofs

One set of page proofs (as PDF files) will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post) or, a link will be provided in the e-mail so that authors can

download the files themselves. Elsevier now provides authors with PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 (or higher) available free from <http://get.adobe.com/reader>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs (also given online). The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/reader/tech-specs.html>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return them to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately – please let us have all your corrections within 48 hours. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use.

AUTHOR INQUIRIES

For inquiries relating to the submission of articles (including electronic submission) please visit this journal's homepage. Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, will be provided by the publisher. You can track accepted articles at <http://www.elsevier.com/trackarticle>. You can also check our Author FAQs (<http://www.elsevier.com/authorFAQ>) and/or contact Customer Support via <http://support.elsevier.com>.

Ciência & Saúde Coletiva INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 versão impressa

ISSN 1678-4561 versão online

- Objetivo e política editorial
- Seções da publicação
- Apresentação de manuscritos

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.

Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também

por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.