

Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil

Roberto Eduardo Bueno,¹ Simone Tetu Moysés,¹
Paula Alexandra Reis Bueno² e Samuel Jorge Moysés¹

Como citar Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):416–21.

RESUMO

Objetivo. 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 os temas sustentabilidade, governança e equidade e as interfaces entre esses temas – políticas de governo e estado, balanço de poder e processo inclusivo e resultados impactantes –, que compõem um Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde proposto pelos autores.

Métodos. Neste estudo de caso, foram analisadas as 331 propostas aprovadas para incorporação no Plano Municipal de Saúde. Foram analisadas as seis categorias temáticas do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde pelo programa ATLAS Ti 5.0. As propostas foram classificadas pelo número de temas e interfaces do Modelo Conceitual: propostas plenas de promoção de saúde continham as seis categorias de conceitos e interfaces; propostas de promoção parcial continham três categorias; e propostas incipientes continham uma categoria.

Resultados. Das 331 propostas aprovadas, 162 (49%) contemplaram as seis categorias temáticas, sendo classificadas como propostas plenas de promoção da saúde. Noventa e cinco (29%) contemplaram três categorias, sendo classificadas como de promoção parcial da saúde. Dessas, 38 (12%) contemplaram as categorias governança, sustentabilidade e políticas de governo/estado, 33 (10%) contemplaram governança, balanço de poder e equidade e 24 (7%) contemplaram equidade, processo inclusivo/resultados impactantes e sustentabilidade. Finalmente, 74 (22%) propostas contemplaram uma categoria, sendo classificadas como proposta de incipiente promoção da saúde: 36 (11%) contemplaram governança, 27 (8%) contemplaram sustentabilidade e 11 (3%) contemplaram equidade.

Conclusões. Tendo em vista que 49% das propostas foram classificadas como de promoção plena da saúde, o controle social, a partir da participação popular na construção do plano de saúde, contribuiu para a promoção da saúde no município.

Palavras-chave

Políticas de controle social; participação comunitária; equidade em saúde; desenvolvimento humano; promoção da saúde; Brasil.

A governança em saúde no Brasil foi reconfigurada recentemente pela implanta-

ção do Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais acordadas entre a União, os estados e os municípios (1). Através de suas três dimensões — Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) —, o Pacto pela Saúde visa à reforma de aspectos institucionais vigentes, promo-

vido inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefiniu responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social. Nesse cenário,

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Saúde e Biociências, Curitiba (PR), Brasil. Correspondência: Roberto Eduardo Bueno, roberto.edu.bueno@gmail.com

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo (SP), Brasil.

a participação e controle social constituem um princípio fundamental (1, 2), assegurado pela Constituição Federal de 1988 e por lei (3, 4). O controle social é exercido pela participação da população em conferências de saúde e 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 uma governança democrática (2-4).

A sustentabilidade dos processos inclusivos do planejamento direcionado à obtenção de resultados impactantes na equidade em saúde pode também ser expressa como continuidade, manutenção, institucionalização, incorporação e integração de políticas, ações e 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; é, também, o instrumento que guia todas as medidas e iniciativas na esfera de gestão do SUS, além de promover o controle social (1-4).

Em trabalho anterior (5), Bueno apontou a importância de um processo inclusivo para dar sustentabilidade às ações de promoção de saúde que visem à equidade. Esse processo deve incluir

ações de desenvolvimento capazes de promover a auto-sustentação e a autonomia das populações excluídas e incluir metodologias de monitoramento e avaliação de processos, resultados e impacto dos programas implementados (6). Com base nessas reflexões, Bueno propõe um Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde, segundo o qual a promoção bem-sucedida da saúde ocorre na intersecção de seis categorias – sustentabilidade, políticas de governo e estado, governança, balanço de poder, equidade e processo inclusivo e resultados impactantes (figura 1). A construção desse modelo partiu da hipótese de que sustentabilidade, governança e equidade possuem interfaces quando se almeja o desenvolvimento humano e a promoção da saúde. A partir desse pressuposto, examinaram-se quais seriam as inter-relações teórico-conceituais essenciais entre sustentabilidade, governança e equidade, sob a perspectiva da relação desenvolvimento-saúde. Foram originadas três interfaces: políticas de governo e estado, balanço de poder e processo inclusivo e resultados impactantes (5).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar o Relatório Final da VIII Con-

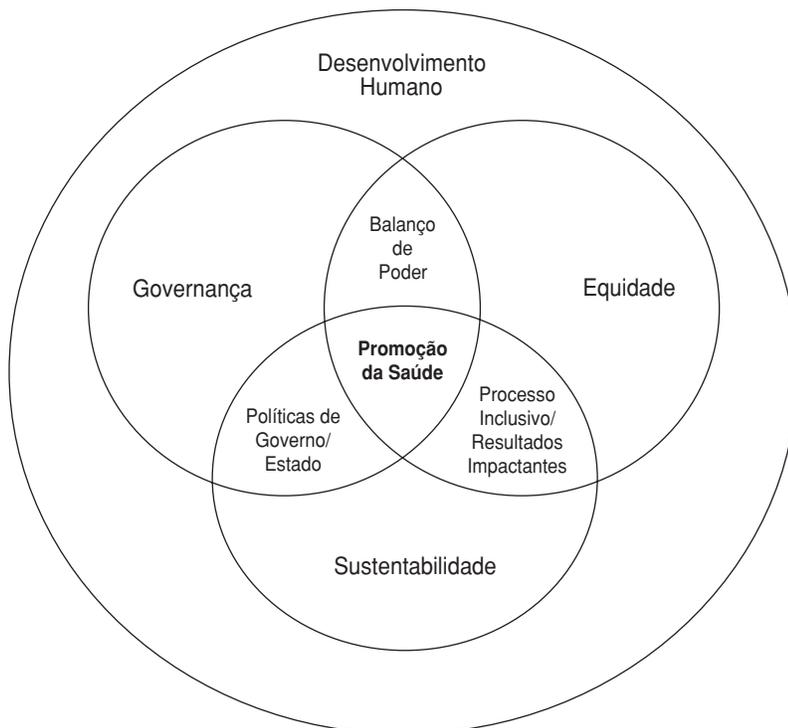
ferência de Saúde e o Plano Municipal de Saúde de São José dos Pinhais 2010-2013 e verificar se esses documentos contemplaram os temas e interfaces do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

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 (5, 7). O Município de São José dos Pinhais está localizado na região metropolitana de Curitiba, capital do Estado do Paraná. Possui área de 946,44 km², sendo 764,04 km² de área rural, e população de 264 210 habitantes, sendo 236 895 de população urbana. O produto interno bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 38 154,90, segundo o censo de 2010 do IBGE (8). A economia de São José dos Pinhais se destaca pela presença do Aeroporto Internacional Afonso Pena e de grandes empresas automotivas. Sua rede municipal de saúde é composta por 35 unidades de serviço, sendo 22 unidades básicas e 13 unidades especializadas, com um total de 1 451 profissionais em 2010 (7).

A VIII Conferência de Saúde de São José dos Pinhais — *Participação e Controle Social no SUS* — serviu para aprovar o Plano Municipal de Saúde 2010-2013. O Plano de Saúde foi elaborado em diversas etapas: teve seu início na I Oficina de Gestão em Saúde, realizada em 2009. A partir daí, foram realizadas oito oficinas com servidores nas seis Regionais de Saúde existentes no Município, 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, três grandes objetivos foram definidos para a saúde do Município: promover o acesso integral à saúde; promover a educação permanente nos serviços de saúde; e promover a gestão participativa e o controle social. Para operacionalizar os três objetivos, o Plano Municipal contemplou 12 diretrizes, 85 ações e 134 indicadores, os quais fundamentaram a elaboração das propostas pelas pessoas participantes. O Plano foi ainda discutido em 62 reuniões comunitárias realizadas nas Regionais de Saúde (tabela 1), que resultaram na construção e aprovação de 333 propostas para o Plano Municipal de Saúde (5).

FIGURA 1. Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde



Fonte: Bueno (5).

TABELA 1. Metas aprovadas e participação em reuniões comunitárias e nas pré-conferências das seis Regionais de Saúde de São José dos Pinhais (PR), Brasil, 2010

| Regional | Metas aprovadas | No. de pessoas em reuniões comunitárias | No. de 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 | 2 169 | 896 |

TABELA 2. Categorias do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde identificadas em 331 propostas aprovadas na VIII Conferência de Saúde em São José dos Pinhais (PR), Brasil, 2010

| Categorias | Propostas aprovadas | | | | | | |
|---|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 162 ^a | 38 ^b | 33 ^b | 24 ^b | 36 ^c | 27 ^c | 11 ^c |
| Governança | Sim | Sim | Sim | Não | Sim | Não | Não |
| Balanco de poder | Sim | Não | Sim | Não | Não | Não | Não |
| Equidade | Sim | Não | Sim | Sim | Não | Não | Sim |
| Processo inclusivo/ Resultados impactantes | Sim | Não | Não | Sim | Não | Não | Não |
| Sustentabilidade | Sim | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não |
| Políticas de governo/Estado | Sim | Sim | Não | Não | Não | Não | Não |

^a Propostas de promoção plena de saúde (continham todas as seis categorias).

^b Propostas de promoção parcial de saúde (continham três categorias).

^c Propostas de promoção incipiente de saúde (continham uma categoria).

Nas 333 propostas, houve dois erros de digitação, com ausência dos números 293 e 332; por isso, 331 propostas de fato foram aprovadas na VIII Conferência de Saúde. Essas 331 propostas foram submetidas a análise documental utilizando a técnica proposta por Bardin (9). Foram analisadas especificamente as seis categorias temáticas do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde pelo programa computacional de análise de dados qualitativos ATLAS Ti 5.0. A análise de conteúdo preconizada por Bardin (9) tem suas fases arranjadas em três polos cronológicos: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise documental foi dividida nessas três fases. Na fase 1, foram selecionados os textos por uma "leitura flutuante", seguida de formulação de hipóteses, referenciação dos índices e elaboração dos indicadores ou categorias temáticas e preparação do material, sob a perspectiva do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde (5). O modelo contempla as interfaces políticas de governo e estado; balanço de poder; processo inclusivo e resultados impactantes e conceitos de governança,

sustentabilidade e equidade (5). Na fase 2, explorou-se o material por meio da codificação e categorização do conteúdo, com base no modelo teórico-conceitual, sistematizado pelo ATLAS Ti 5.0. Na fase 3, realizaram-se o tratamento dos resultados, a inferência e a 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.

As propostas foram classificadas de acordo com o número de conceitos e interfaces do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde contidos em cada proposta: propostas plenas de promoção de saúde continham todas as seis categorias de conceitos e interfaces; propostas de promoção parcial continham três categorias; e propostas incipientes continham apenas uma categoria.

RESULTADOS

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 2), 162 (49%) contemplaram as seis categorias temáticas do Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde, sendo classificadas como propostas plenas de promoção da saúde. Um exemplo desse tipo de proposta pode ser verificado no texto transcrito a seguir:

"Estudar características culturais, socioeconômicas, 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 5 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."

Noventa e cinco (29%) propostas contemplaram três categorias temáticas do Modelo, sendo classificadas como propostas de parcial promoção da saúde. Dessas, 38 (12%) contemplaram as categorias governança, sustentabilidade e políticas de governo/estado ("atuar com Unidades de outras secretarias presentes na comunidade como Centro de Referência de Assistência Social, subprefeituras e outros"). Já 33 (10%) propostas contemplaram as categorias governança, balanço de poder e equidade, conforme o exemplo a seguir: "ampliação do horário de atendimento das Unidades de Saúde com abertura nos finais de semana".

Vinte e quatro (7%) propostas contemplaram as categorias equidade, processo inclusivo/resultados impactantes e sustentabilidade, como a proposta a seguir: "promover educação para profissionais e população na própria unidade de saúde".

Finalmente, 74 (22%) das propostas contemplaram uma categoria, sendo classificadas como proposta de incipiente promoção da saúde. Ficaram assim distribuídas: 36 (11%) contemplaram a categoria governança, com o exemplo "direcionar as reclamações e sugestões ao gabinete do prefeito e à Ouvidoria", 27 (8%) contemplaram a categoria sustentabilidade, como a proposta "criar instrumento para avaliar a qualidade e o acesso ao atendimento da Unidade Pré-

-Hospitalar”, e 11 (3%) contemplaram a categoria equidade, dentre elas o exemplo “elaborar uma proposta de assistência à mulher no climatério”.

DISCUSSÃO

O presente estudo de caso mostrou que as categorias temáticas propostas pelo Modelo Conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde foram significativamente contempladas na VIII Conferência e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de São José dos Pinhais.

No modelo conceitual para Desenvolvimento Humano e Promoção da Saúde, o conceito de governança é entendido como referente à gestão de eventos num sistema social (10). A governança se constitui na soma dos modos pelos quais os indivíduos e instituições realizam o planejamento e a gestão dos assuntos comuns da cidade (11). Por sua vez, 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 a eliminação de desigualdades sociais em saúde, consideradas injustas, sistemáticas, relevantes, evitáveis e desnecessárias sob o ponto de vista da justiça social (13, 14).

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. 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, norteados 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. Dessa 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).

A governança também pode ser entendida como o processo pelo qual a sociedade civil influencia o planejamento e a sustentabilidade de políticas de governo e de Estado. 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).

Entende-se que a promoção da saúde se conforma em duas dimensões: a intersectorialidade, compreendida como ações de diferentes setores; e a participação social, que ocorre em diversos contextos de redes sociais. É por meio de políticas de governo e de Estado e de ações intersetoriais e participativas que se estabelece a prática de promoção da saúde (19). Desse modo, 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 da saúde (5).

A ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde, contemplada no Plano Municipal de Saúde analisado, pode resultar numa maior equidade no acesso dos trabalhadores tradicionalmente excluídos aos serviços de saúde. Os resultados almejados rumo à equidade estão relacionados à ampliação do acesso aos serviços sociais, do aprendizado, da autonomia e 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. 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, 20). 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. Além disso, devem incluir metodologias de monitoramento e avaliação de processos, resultados e impacto dos programas implementados (19).

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. O empoderamento pode ser compreendido como um processo de ação em indivíduos e grupos nas comunidades para melhorar as condições de vida, constituindo-se em uma estratégia de redução das iniquidades em saúde (13, 14).

A governança é considerada essencial em qualquer programa para compreender e influenciar os determinantes sociais de saúde (10, 11). Existem evidências de 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 (12-18). 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 disso, 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 (18).

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, 20-22).

Assumindo que um dos 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 (22-30). Nessa perspectiva, a sustentabilidade de ações intersectoriais em promoção da saúde pode ser referenciada como inovação de “institucionalidades” envolvendo atores e instituições na busca de parcerias amplas e contínuas. Os projetos se sustentam quando existe um planejamento, um monitoramento contínuo e um retorno destas informações para os participantes, e também quando se articulam intersectorialmente com o desenvolvimento local, enfim, mediante uma avaliação constante (22).

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. Também leva a refletir sobre a reorientação das

práticas dos serviços de saúde relativas aos 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 no Brasil apresenta históricos avanços e retrocessos no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) almejando equidade. Sociedades com sólidos elos comunitários tendem a valorizar sistemas de saúde orientados para a equidade. Ninguém deve estar em desvantagem nem deixar de ter oportunidade para conseguir desenvolver seu pleno potencial de saúde (14, 23-30).

No sentido mais amplo, promover a saúde significa um conjunto de princípios e práticas 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. Portanto, as interfaces balanço de poder, processo inclusivo/resulta-

dos 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. Nessa perspectiva, o controle social mostrou-se, enquanto planejamento, promotor da saúde na VIII Conferência Municipal de Saúde, amplamente divulgada pelo governo local, fomentando a gestão participativa. Fica o desafio, a cidadãos, Ministério Público e Conselho de Saúde, de fiscalizar a execução do Plano de Saúde para consolidar o desenvolvimento humano e a promoção e produção da saúde pública.

Agradecimentos. O estudo recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 399/GM/2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acessado em 20 de maio de 2012.
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.
3. Brasil. Lei 8 080/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acessado em outubro de 2013.
4. Brasil. Lei 8 142/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm Acessado em outubro de 2013.
5. Bueno RE. Construção e análise de modelo conceitual para desenvolvimento humano e promoção da saúde: interfaces entre sustentabilidade, governança e equidade [tese de doutorado]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2011. Disponível em: http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2158 Acessado em outubro de 2013.
6. Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedrosa ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev Saude Publica*. 2002;36(5):638-46.
7. 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. Disponível em: http://www.sjp.pr.gov.br/noticias/imagens_news/File/Relatorio_VIII_Conferencia_Municipal_da_Saude.pdf Acessado em 30 de maio de 2012.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412550&search=parana|sao-jose-dos-pinhais> Acessado em novembro de 2013.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Burris S, Drahos P, Shearing C. Nodal governance. *Austr J Legal Philosophy*. 2005;30: 30-58.
11. UN HABITAT. The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper. 2a ed. Nairobi: UN Habitat; 2002. Disponível em: http://ww2.unhabitat.org/campaigns/governance/docs_pubs.asp Acessado em outubro de 2013.
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; 2002.
13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2000. Disponível em: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf Acessado em outubro de 2013.
14. Westphal MF, Wallerstein N. Saúde, desenvolvimento e equidade. *Promot Educ* 2007; Supplement 1:31-2. Disponível em: http://ped.sagepub.com/content/14/1_suppl/31.short Acessado em outubro de 2013.
15. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acessado em outubro de 2013.
16. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf> Acessado em outubro de 2013.
17. United Nations. Report of the World Summit on Sustainable Development. Johannesburg, South Africa: 26 August-4 September; 2002. Disponível em: http://www.un.org/jsummit/html/documents/summit_docs/131302_wssd_report_reissued.pdf Acessado em 30 de maio de 2012.
18. Lacaz FAC, Flório SMR. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(6):2123-34.
19. Canoistrini S, McQueen DV, Evans L. Health promotion and surveillance: the establishment of an IUHPE Global Working group. *Glob Health Promot*. 2009;16(4):58-60.
20. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(1): 1827-34.
21. Salazar, L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. *Guia de evaluación rá-*

- cida. Santiago de Cali: CEDETES; 2004. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008DESeva.pdf> Acessado em outubro de 2013.
22. McQueen DV, Jones CM. Global perspectives on health promotion effectiveness. Nova Iorque: Springer; 2007.
 23. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Suplemento):103–12.
 24. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho Nde. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009;25 Sup 2:S217–26.
 25. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):449–58.
 26. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Suplemento): 203–11.
 27. Batista EC, Melo EMde. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(1):337–47.
 28. Mooney G, Houston S. Equity in health care and institutional trust: a communitarian view. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(5):1162–7.
 29. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ, Carvalho ML, França BHS. Sustainable development and child health in the Curitiba metropolitan mesoregion, State of Paraná, Brazil. *Health Place* 2013;19(1):167–73.
 30. Bueno RE, Moyses SJ, Moyses ST. Millennium development goals and oral health in cities in southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(3):197–205.

Manuscrito recebido em 19 de fevereiro de 2013. Aceito em versão revisada em 27 de setembro de 2013.

ABSTRACT

Governance, sustainability, and equity in the health program for the municipality of São José dos Pinhais, Brazil

Objective. To analyze the Final Report of the VIII Health Conference and the São José dos Pinhais City Health Program for 2010-2013 and investigate whether these documents addressed the themes of sustainability, governance, and equity and the interfaces between these themes—government policies, power balance, and inclusive processes/impacting results—that make up the Concept Model for Human Development and Health Promotion developed by the authors.

Method. This case study analyzed 331 proposals approved for incorporation in the City Health Program. The six thematic categories of the Concept Model were analyzed using ATLAS Ti 5.0 software. The proposals were classified according to the number of themes and interfaces of the Concept Model: full health proposals contained all six categories; partial proposals contained three categories; and incipient proposals contained one category.

Results. Of 331 proposals approved, 162 (49%) contemplated the six thematic categories and were classified as full health promotion proposals. Ninety-five (29%) contemplated three categories (partial health promotion). Of these, 38 (12%) addressed Governance, Sustainability, and Government Policies, 33 (10%) addressed Governance, Power Balance, and Equity and 24 (7%) addressed Equity, Inclusive Processes/Impact Results, and Sustainability. Finally, 74 (22%) proposals contemplated only one category and were classified as incipient: 36 (11%) addressed Governance, 27 (8%) addressed sustainability, and 11 (3%) addressed equity.

Conclusions. Based on the fact that 49% of the proposals approved were classified as full health promotion, it is considered that the effectiveness of social control and popular participation in the construction of health policies at the local level contribute to the promotion of health in the city.

Key words

Social control policies; consumer participation; equity in health; human development; health promotion; Brazil.