

NOVOS INDICADORES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

New indicators in the health-disease process

Maria Nazareth Vianna Roseiro¹, Angela Maria Magosso Takayanagui²

RESUMO

O homem vem, historicamente, modificando suas concepções sobre saúde e doença. Atualmente, o modelo de determinação social da doença leva em conta, além dos fatores biológicos, ligados ao agente e hospedeiro, os aspectos sociais, políticos, culturais e ambientais, dentro de um paradigma holístico. A organização dos serviços de saúde no Brasil tem na vigilância em saúde o suporte para a implementação das ações que visam interferir nos fatores de risco, presentes no processo saúde-doença, encontrando sustentação nas estratégias das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador. Tomando-se por base o modelo de promoção da saúde, os autores abordam a estratégia da política sanitária brasileira atual, propondo a utilização de indicadores econômicos e sócio-ecológicos urbanos, como os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), de Condições de Vida (ICV) e de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), que fornecem dados sobre o desenvolvimento econômico e também social da nação, por diferentes regiões, a serem agregados aos indicadores sanitários clássicos. Os autores concluem que essa estratégia pode significar um importante avanço no processo de tomada de decisão política, na área da saúde, pela possibilidade de causar maior impacto nas reais necessidades de diferentes comunidades. No Brasil, além dos indicadores sanitários e ambientais, são também analisados os indicadores sociais, através do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Índice de Condições de Vida - ICV e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M. A análise desses dados revela um contínuo aumento nos valores desses indicadores, no Brasil, ao longo dos anos analisados.

Palavras-chave: promoção de saúde, processo saúde-doença, indicadores sociais e econômicos, IDH, IDH-M, ICV

SUMMARY

Man changed his concepts about health and disease along the history. Nowadays, besides the biological factors related to agent and to the host; the model of social determination for disease takes in account the social, political, cultural and environmental aspects, in a holistic paradigm. The organization of health services in Brazil is based on actions that examine the risk factors that are present in the health-disease process, supplying elements for strategies of epidemiologic, sanitary, environmental and occupational health surveillance. Considering the model of health promotion, the authors approach the current Brazilian sanitary strategy, proposing that use of economic and socio-ecological indicators such as the Human Development Index, the Health Condition Index and the Municipal Human Development Index; which provide data on economical and social development of the country and regions, should be aggregated to the classic sanitary indicators. Besides the sanitary and environmental indicators, authors also analyze some social indicators, through the Human Development Index, the Health Condition Index and the Municipal Human Development Index. Data analysis revealed a continuous increase in the value of these indicators in Brazil. The authors conclude that this strategy may mean an important improvement in the process of political decision making in the health area with the possibility of causing a greater impact in the real needs of the different communities.

Key words: health-illness process, social and economic indicators, HDI, LCI, MHDI

A CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O homem vem, historicamente, modificando sua concepção sobre o processo saúde-doença, sempre em busca de melhores condições de vida. Na Grécia antiga, Hipócrates (400 a.C.) já atribuía grande importância à relação do homem com os elementos

básicos da vida - ar, água e solo. Definia saúde como um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modo de vida e vários componentes da natureza humana. Para ele, “o papel do médico era ajustar as forças naturais mediante a criação de condições mais favoráveis ao processo de cura”^{1,39}.

No final do século XVIII e meados do século XIX, a

¹Fisioterapeuta. Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP, campus Ribeirão Preto-SP. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

²Enfermeira. Livre docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

associação entre as condições de vida e de trabalho começou a ganhar importância, passando, a concepção de saúde-doença, a ter um caráter mais ampliado e não estreitamente ligado a fenômenos naturais ou unicasais.

Um novo enfoque passou a ser dado à concepção de saúde e doença durante todo o século XX, ampliando-se a compreensão de seus fatores determinantes. Assim, o entendimento desse processo passou a se embasar no desequilíbrio entre os fatores: agente, hospedeiro e o meio ambiente, encontrando suporte na multicausalidade², evoluindo, posteriormente, para o modelo de determinação social, que leva em consideração o contexto social, cultural, econômico e político em que se insere um indivíduo ou grupos.

O Movimento Sanitário ocorrido no mundo e, em especial no Brasil, iniciado nos anos 70 do último século, passou a compreender a saúde e a doença como processo histórico e determinado socialmente. Esse foi um movimento inovador e democrático ao criar e difundir um pensamento crítico da saúde e também ao inovar técnica e politicamente o modelo de saúde vigente³.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, capital do Brasil, no ano de 1986, destacou o conceito abrangente de saúde, relacionando-o com as condições de vida e modo de produção, ao afirmar, ser a saúde, um dever do Estado e direito do cidadão. Também, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS, na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde de 1990.

O novo modelo brasileiro de assistência à saúde-SUS, deixou para trás o paradigma newtoniano-cartesiano, que deu sustentação ao modelo de saúde, até então, vigente no país, que privilegiava a medicina curativista, baseada numa “concepção negativa de saúde”² e que compreendia a saúde como mera ausência de doença.

Esse modo negativo de se entender saúde propiciava a orientação da produção dos serviços de saúde, de maneira a enfatizar apenas os aspectos biológicos dos indivíduos, desconsiderando as desigualdades sociais. Como base ideológica desse modelo, tem-se o mecanicismo, o individualismo, o tecnicismo e o curativismo, que foram influências marcantes do pensamento humano desde os séculos XVII e XVIII, o que acabou acentuando uma crise no setor saúde, nas últimas décadas⁴.

São muitas as causas dessa crise na área da saúde, porém a sua essência é de natureza sócio-cultural, resultante da visão mecanicista e reducionista do paradigma newtoniano-cartesiano, adotado no modelo de assistência à saúde, predominante naquele período, denominado “Modelo Biomédico”, concebendo o corpo humano como uma máquina e, a doença, como resultante do mau funcionamento dessa máquina⁵.

Atualmente, uma nova concepção de saúde, holística e ecológica, valoriza a inter-relação e inter-dependência entre os sistemas e considera a dimensão espiritual da saúde. Nesse conceito, a doença passou a ser vista como uma conseqüência do desequilíbrio e desarmonia, decorrentes da falta de integração dos

indivíduos consigo mesmos e com o mundo ao redor⁶. Assim, na visão holística, saúde deve ser entendida de uma maneira mais abrangente, distinguindo-se as origens da doença, suas manifestações e o contexto em que ela ocorre.

Nesse sentido, a evolução do conceito de saúde e doença, ao longo das últimas décadas do século XX, passou de uma concepção mais restrita sobre saúde e seus fatores determinantes, clássicos também, para uma concepção mais abrangente e holística, valorizando os aspectos sociais, econômicos e políticos e enfocando a importância da equidade, da integralidade e da acessibilidade da população, no que se refere aos cuidados essenciais de saúde⁷.

OMODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Essa nova concepção de saúde teve origem em meados da década de 70, no Canadá, com Lalonde e Laframboise, que trabalharam a concepção do processo saúde-doença dentro de uma nova perspectiva, considerando o amplo contexto que envolve esse processo. Criaram, então, o conceito de “Campo de Saúde”, que passou a ser um modelo adotado pelo governo canadense. Tal modelo preconiza que a saúde é determinada por um conjunto de 4 fatores de risco: biologia humana, estilo de vida, ambiente e sistemas de organização de cuidados à população⁸.

Assim, ao se considerar que saúde tem como determinante, não apenas as condições biológicas, mas também as ambientais e as relativas ao estilo de vida, os fatores como qualidade do ar, do solo e da água passam a ter uma importância relevante pois, ao se alterar as condições naturais desses sistemas básicos da vida, podemos ter disparado um processo de desequilíbrio na saúde de grupos ou indivíduos expostos a essa nova situação, da mesma forma como ocorre com os fatores sócio-econômicos, culturais e políticos.

Paralelamente, naquele período, os principais organismos sanitários internacionais já se mobilizavam, no sentido de se promover uma distribuição mais igualitária dos recursos e cuidados essenciais aos indivíduos, reduzindo as distâncias entre os mais ricos e os mais pobres. A Organização Mundial de Saúde realizou em Alma-Ata, na URSS, em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. A proposta foi Saúde para todos no ano 2000, tendo sido adotada a estratégia da atenção primária à saúde, que visava à promoção de cuidados primários de saúde a toda a população.

Essa Conferência responsabilizou os governos pela saúde de seus povos, recomendando a inclusão dos cuidados primários de saúde, como parte do sistema geral de saúde dos países membros, além de mostrar a interdependência da saúde com as áreas de desenvolvimento econômico e social⁹.

Esta foi, sem dúvida, uma proposta abrangente, integradora e holística embora mais de duas décadas depois a

meta ainda não tenha sido alcançada integralmente, apesar dos avanços e melhorias obtidas em muitas partes do Planeta.

Após essa importante reunião de experts em saúde, vieram outras de grande significado, trazendo novos conceitos, no sentido de se aprimorar a proposta e a estratégia lançada em Alma-Ata, fortalecendo, então, o modelo de promoção da saúde.

Assim em Ottawa, no Canadá, durante a “I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde”, promovida pela OMS, no ano de 1986, com a participação de 31 países, foram estabelecidos pré-requisitos para a saúde que seriam, dentre outros, a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, justiça e equidade social. Saúde foi, então, definida sob um prisma holístico e ecológico da vida, significando: “O resultado dos cuidados que alguém dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida, de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde”^{10:4}.

Seguiram-se a essa, outras reuniões dessa natureza, sendo a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com o tema “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI Adentro”, ocorrida em Jacarta, Indonésia, no ano de 1997, a primeira conferência a ser realizada em um país em desenvolvimento e também a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.

Nesse evento foi reforçado o conceito de saúde como “um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”¹¹. Nessa ocasião esse conceito foi fortalecido segundo uma visão holística, abrangendo como pré-requisitos, além dos anteriormente citados, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o direito à voz pelas mulheres e um ecossistema estável, em relação aos recursos naturais, buscando-se, ainda, a justiça social, o respeito aos direitos humanos e a equidade.

Também foi considerado que a pobreza é a maior ameaça à saúde, além da influência exercida pela intensa urbanização, pela transição demográfica, com aumento significativo da população de idosos, com conseqüente aumento de doenças crônicas, e, também, pela violência cada vez mais intensa.

De acordo com documentos produzidos nessa reunião, fatores transnacionais, como integração da economia global, mercados financeiros e comércio, acesso aos meios de comunicação em massa e à tecnologia de comunicações e degradação ambiental, devido ao uso irresponsável de recursos naturais, também representam impacto significativo na saúde dos povos. Todas essas mudanças moldam valores e estilo de vida durante toda a vida das pessoas, influenciando nas condições de vida em todo o mundo¹¹.

Foram ressaltadas, na ocasião, prioridades para a promoção da saúde no século XXI, incluindo, dentre muitas, a proteção ao meio ambiente, assegurando o uso sustentável dos recursos, a restrição da proteção e do comércio de produtos e substâncias, inerentemente prejudiciais, e das práticas de mercado não saudáveis, dando uma nova diretriz para a compreensão do

processo saúde-doença e destacando a importância do modelo de promoção da saúde.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

Essas mudanças ocorreram em busca de uma saída para gerenciar a crise existente, até então, no setor saúde.

Para dar conta das transformações ocorridas, o modelo biomédico, até então predominante, foi sendo substituído por um modelo holístico, com enfoque na promoção da saúde.

A atual política sanitária brasileira apresenta uma evidente tendência para atribuir um caráter mais amplo para as ações relativas às questões da saúde, atribuindo um peso fundamental aos fatores ambientais, sociais e econômicos, além dos biológicos, em seus programas de ação e metas políticas.

Além das ações de assistência à saúde, as ações voltadas para a promoção da saúde baseiam-se em diferentes estratégias que são traduzidas nas ações previstas na própria constituição brasileira, especificamente regulamentadas pela Lei 8080, de 1990.

A organização dos serviços de saúde no Brasil tem, no programa de vigilância em saúde, o suporte para a implementação das ações que visam abranger os fatores de risco presentes no processo saúde-doença, com vistas à promoção da saúde, encontrando sustentação nas estratégias das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador.

O novo conceito em vigilância em saúde é mais abrangente pois se preocupa em planejar ações e análises de situação de saúde de acordo com as características inerentes a cada território¹², considerando as diferenças em todos os níveis.

Cabe à vigilância epidemiológica a notificação e o controle de doenças, com ênfase no controle da incidência dessas doenças, na definição de eventos sentinelas, com implementação de medidas emergenciais de tratamento e isolamento dos pacientes.

A vigilância sanitária, por sua vez, prioriza o controle dos serviços de saúde, dos fármacos e de produtos gerais de consumo humano, biológicos e não biológicos, além de ações de controle de fatores ambientais, diretamente relacionadas à saúde da comunidade¹³.

Nos anos 80, a vigilância em saúde do trabalhador começou a ser implementada, abrangendo características das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas na área de saúde ocupacional, visando garantir a promoção da saúde do trabalhador, no sentido de redução da exposição a agentes causadores de doença, no ambiente de trabalho.

Novas ações de vigilância foram introduzidas a partir do final do século XX, na tentativa de atender à população, quanto

aos problemas ambientais. A intensa e marcante relação do homem com o meio ambiente propiciou a alteração no quadro de morbimortalidade, enfatizando, então, problemas respiratórios, acidentes de trânsito, neoplasias e doenças crônico-degenerativas, além de muitos outros problemas agravados por iniquidades e desigualdades sociais, como falta de saneamento urbano, de habitação, renda ou emprego.

Em decorrência dessa problemática, foi criada, no final da década de 90, no Brasil, a área de vigilância ambiental em saúde, que visa à coordenação de ações voltadas para a melhoria das condições ambientais, com monitoramento e controle de exposição a agentes poluidores, que colocam em risco a saúde da população.

Considerando a diversidade de fatores que envolvem o processo saúde-doença, em sua concepção e forma de evolução, há que se lançar mão de instrumentos diversificados, além daqueles inerentes, e já incorporados, à administração dos serviços de saúde, como os indicadores clássicos utilizados em seus programas.

Assim, no processo saúde-doença, além dos indicadores sanitários e ambientais há também que se considerar os indicadores econômicos e sociais que traduzem o contexto em que as pessoas vivem e se relacionam, o que, por sua vez, guardam características próprias de cada realidade

O objetivo deste trabalho é apresentar indicadores, não usualmente utilizados na área da saúde, como novos instrumentos possíveis de serem incorporados para essa prática, de forma a contribuir, tanto para uma gestão mais diretiva, quanto para resultados mais apropriados à real situação sanitária do país.

No Brasil, os dados relativos ao crescimento e desenvolvimento econômico e social encontram nos: Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Índice de Condições de Vida - ICV e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M, importantes indicadores sobre o desenvolvimento econômico e também social da nação, por diferentes regiões, propiciando um perfil de grande relevância para as políticas públicas.

A interrelação desses indicadores revela resultados incisivos sobre a qualidade de vida da população. Por isso, em avaliação de situação de saúde, estes são importantes indicadores a serem considerados, se tomarmos como referência o conceito sistêmico do processo saúde-doença, ou seja, o entendimento da interconexão de todos os fatores envolvidos e que determinam os diferentes estágios da vida humana.

INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS NO BRASIL

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Esse índice, criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, no início dos anos 90, tem o objetivo de avaliar o bem-estar de uma população, não apenas sob o ponto de vista econômico, mas também sob outras dimensões

fundamentais da vida humana, tais como longevidade, educação e renda.

A longevidade é medida pela esperança de vida ao nascer, refletindo as condições de saúde da população.

A educação é fornecida pela combinação da taxa de alfabetização de adultos e taxa combinada de matrículas nos três níveis, demonstrando o grau de conhecimento da população.

A renda baseia-se no Produto Interno Bruto – PIB - per capita, expresso em dólares internacionais usando-se a Paridade do Poder de Compra (PPCS) entre os países.

Os valores do IDH variam de 0 a 1, sendo o valor maior, uma leitura indicativa de melhor índice e o valor menor, uma indicação de pior índice.

O PNUD considera baixo desenvolvimento humano os valores entre 0 e 0,500; como médio desenvolvimento humano entre os valores 0,500 e 0,800 e alto desenvolvimento humano, valores acima de 0,800¹².

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)

O IDH-M é o índice que mede o desenvolvimento humano no nível municipal. As dimensões avaliadas são renda, educação e longevidade. Os pesquisadores da Fundação João Pinheiro (FJP), ligada ao governo do estado de Minas Gerais e do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), também um órgão governamental, com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), realizaram adaptações metodológicas e conceituais, necessárias à sua aplicação nos indicadores referentes à educação e à renda¹².

O indicador renda utiliza a renda familiar per capita média do município em substituição ao PIB.

A educação é medida através da taxa de analfabetismo e número médio de anos de estudo.

Os valores do IDH-M oscilam entre 0 e 1, representando os mesmos dados do IDH, com as mesmas interpretações.

Índice de Condições de Vida (ICV)

O Índice de Condições de Vida é uma extensão do IDH, porém incorpora um conjunto de indicadores que relatam realidades sociais, econômicas e ambientais.

Os indicadores que compõem o ICV são: renda, com cinco indicadores que descrevem o nível e a distribuição de renda; educação, com cinco indicadores que descrevem o nível educacional da população; longevidade, com dois indicadores que retratam as condições de sobrevivência da população; infância, com quatro indicadores que avaliam as condições de vida na infância; e, habitação, com quatro indicadores que descrevem as condições habitacionais da população.

Os valores situam-se entre 0 e 1, obedecendo aos mesmos critérios para o IDH¹⁴.

O Brasil, atualmente com 184 milhões de habitantes, e com uma população urbana de 81,2% que, em 1940, era de 69%, é considerado o 5º maior país do mundo em população, concentrando 2,8% dos habitantes do planeta. Esse país apresentou valores crescentes em relação aos indicadores sócio-econômicos, desde 1970, quando foram realizadas as primeiras análises.

Em 1970, 91% dos municípios brasileiros apresentaram um IDH-M baixo, sendo que somente 10% alcançaram IDH-M médio e nenhum deles alcançou o IDH-M alto. Uma década depois, o IDH-M baixo passou de 91% para 46% dos municípios brasileiros, revelando uma realidade de intenso desenvolvimento nos aspectos relativos não apenas à situação econômica, mas também educacional e de saúde, com reflexos na melhoria das condições de vida. Também nesse período, o IDH-M médio passou de 10 para 54% dos municípios. Houve, portanto, uma melhora nesses indicadores, nesses 10 anos.

Em 1991, os dados mostraram o mesmo ritmo de desenvolvimento, passando o IDH-M baixo de 91% dos municípios, na década de 70, para 22% da população brasileira. O IDH-M médio ficou com 58% da população e o IDH-M alto com 20% da população, concentrada nas regiões sudeste, sul e Distrito Federal¹².

Já, no ano 2002, internacionalmente, o Brasil ocupa a 65ª posição em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano- RDH da ONU-Organização das Nações Unidas, em relação a todos os países, ganhando 16 postos ao longo de 26 anos.

Em comparação com o RDH de 2002, o Brasil passou da 69ª posição (IDH 0,772) para a 65ª (0,777). Dentre as três dimensões do Índice- longevidade, educação e renda, esta última foi a que menos contribuiu para a melhora da posição brasileira. A educação, em contrapartida, foi a responsável pelo avanço do Brasil.

No entanto, segundo o IPEA, é, ainda, necessário que o Brasil atinja as metas de desenvolvimento do milênio, diminuindo a pobreza pela metade até 2015, de acordo com as diretrizes do PNUD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem dúvida, os indicadores econômicos e sociais, abordados neste trabalho, apresentam uma importante contribuição para uma avaliação das condições de saúde de diferentes comunidades, significando, portanto, importantes instrumentos complementares, ao lado de outros indicadores, que podem ser utilizados como fundamentos para a elaboração de políticas públicas, uma vez que, as condições sócio-econômicas e educacionais exercem um impacto direto na saúde da população.

No entanto, há que fazer uma análise profunda desses

indicadores, considerando-se as iniquidades e injustiças sócio-ambientais de áreas que, muitas vezes, se situam dentro de bolsões de riquezas, que colaboram para a média elevada de índices e taxas. Para isto, o uso do IDH-M e ICV revelam-se como mais próximos da realidade.

Em se tratando de pobreza e iniquidade social, os índices trazidos nessa discussão, não são, obviamente, exclusivos do Brasil, haja vista que apenas 1% da população mundial consome o que 2/3 dessa mesma população produz, segundo declaração do chefe da Organização das Nações Unidas¹⁴.

Assim, a associação de indicadores sócio-econômicos aos indicadores de saúde, usualmente utilizados, pode significar um avanço dos programas de saúde, uma vez que há uma grande chance de se delimitar as reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilela EM., Mendes IJM Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000. 83p.
2. Mendes IJM. Promoção de saúde: caminhando para o único. 1996.163p. Tese (Livre Docência) -Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
3. Bava M do CGC. Assistência à saúde de crianças com paralisia cerebral em Ribeirão Preto: a caminho da integralidade. 1996. 218 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
4. Vilela EM. Desmedicalizando o conceito de saúde. 1996.133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
5. Capra FA. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. 447p.
6. _____. A teia da vida, uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. Tradução Newton Roberval Eichemberg. 13. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. 256p.
7. World Health Organization. WHO - Air quality guidelines. 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/environmental-information/Air/Guidelines/chapter2.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2001.
8. Lessa I. Doenças não transmissíveis. In: Rouquayrol, M.Z. (Ed.), Epidemiologia & saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p.269-279.
9. OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.
10. Organização Mundial da Saúde- OMS. Carta de Ottawa para a promoção de la salud: 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá, 1986.

11. _____. A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Jacarta, 1997.
12. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; Fundação João Pinheiro; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (CD ROM).Brasília: Programa das Nações Unidas, 1998.
13. FUNASA. 2º Curso Básico de vigilância ambiental em saúde do Estado de São Paulo -CBVA.Brasília, Mar. 2001.
14. Health disparities: minority research and training. Activities at NIEHS. Factsheets and Pamphlets. National Institutes of Health. NIEHS. National Institute of Environmental Health Sciences. 2002. Disponível em <http://www.niehs.nih.gov/oc/factsheets/justice.htm>. Captado em 05/09/2003.

Endereço para correspondência:
Maria Nazareth Vianna Roseiro
Rua Paulo Tinoco Cabral 488
CEP:14.020-270- Ribeirão Preto- SP- Brasil
Telefax: (016) 3623-3200 _____nroseiro@uol.com.br