



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

CARLOS WENDELL PEDROSA DOS SANTOS

**SAÚDE AMBIENTAL: CONHECENDO O CONCEITO PARA BUSCAR UMA
NOVA PRÁTICA**

JOÃO PESSOA, PB

2016

CARLOS WENDELL PEDROSA DOS SANTOS

**SAÚDE AMBIENTAL: CONHECENDO O CONCEITO PARA BUSCAR UMA
NOVA PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª Drª Maria de Lourdes Soares.

JOÃO PESSOA, PB. 2016

S237s

Santos, Carlos Wendell Pedrosa dos.

Saúde ambiental: conhecendo o conceito para buscar uma nova prática / Carlos Wendell Pedrosa dos Santos.- João Pessoa, 2016.

102f.

Orientadora: Maria de Lourdes Soares

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Serviço social. 2. Saúde ambiental. 3. Determinantes sociais. 4. Políticas públicas. 5. Interdisciplinaridade.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARLOS WENDELL PEDROSA DOS SANTOS

SAÚDE AMBIENTAL: Conhecendo o conceito para buscar uma nova prática. 100 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes/CCHLA, Universidade Federal da Paraíba, 2016.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes/CCHLA da Universidade Federal da Paraíba – PPGSS/CCHLA/UFPB, em 15 de Abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. (Maria de Lourdes Soares)
Orientadora



Prof.^a. (Ana Paula Rocha de Sales Miranda)
Examinadora Interna

Prof. (Gustavo Ferreira da Costa Lima)
Examinador Externo

Nessa civilização supercientificada e “hipertecnologizada”, tanto os que dominam como os que são dominados, se encontram alienados de seus mundos de vida, em um mundo no qual a incerteza, o risco e o descontrole aumentam proporcionalmente ao aumento dos efeitos de domínio da ciência sobre a natureza.

Enrique Leff.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus, pois além dos aspectos materiais, acredito que Ele também é responsável por tudo em minha vida.

Ao meu companheiro Jorge, companheiro em todos os sentidos que a palavra pode apresentar. Pelo amor a mim dedicado, pela não hesitação nas mudanças geográficas (Recife – Patos), pelos dias que ficou só, esperando o meu retorno das aulas... Pela paciência e também pela falta da mesma, ao me mandar estudar e acabar logo essa dissertação!

A minha família - toda ela - em especial a minha mãe por tudo que fez e ainda faz para ver meu sucesso, além do grande amor. A minha tia Vanda, meu irmão Lucas, minha prima Pollyanna e seu companheiro João, os dois, mesmo a distância, se mantiveram presentes e solícitos a todos os pedidos. Ao meu amado avô Osvaldo (Babá) pelo alicerce, pela dedicação e amor.

A minha orientadora Maria de Lourdes, pela humanidade que me tratou e pela generosidade que percorreu comigo todo esse caminho. Sua paciência, seu altruísmo e acolhida foram fundamentais para a construção e conclusão desse trabalho, além de dividir, sem nenhum tipo de arrogância, seu conhecimento.

A toda equipe de trabalho da COPAE/IFPB – Campus Patos, em especial a Socorro, Nara e Yanna, que sempre me incentivaram e me deram o suporte necessário para não ter nenhum prejuízo na formação. E também por dividirmos angústias e felicidades desse período.

As minhas inseparáveis amigas siris, Mikaely (Mika) e Tilândsia (princesinha de cristal), por toda nossa jornada, cheia de sofrimentos, conflitos, mas, sobretudo, felicidades, risadas e muito companheirismo. A Mikinha agradeço pelo “teto”, por me acolher durante todo esse período em sua casa como um verdadeiro integrante da família. A minha princesinha de cristal agradeço por todas as caronas e conversas mais que animadas.

Por fim, agradeço a todos e todas que direta ou indiretamente torcem pelo meu sucesso e que, em algum momento da minha vida, me auxiliaram, com um gesto afetuoso, uma palavra amiga, uma reclamação, na intenção de me ver no melhor caminho.

RESUMO

Esta dissertação tem a saúde ambiental como objeto de análise e desenvolvimento. A interação entre saúde e meio ambiente é percebida desde Hipócrates, na Grécia antiga, sendo desenvolvida e adaptando-se a cada período histórico. As várias teorias apresentadas para justificar determinada doença e seu desenvolvimento estavam ligadas, muitas vezes, a vetores que se encontram no ambiente, por isso, os estudos começavam no seu habitat natural. No Brasil, com seu desenvolvimento industrial tardio, quando comparado aos países do centro do capital, desdobrou-se uma série de mudanças em sua estrutura, passando de rural para urbana, uma urbanização desordenada com crescimento da população nas cidades com percentual significativo das pessoas em situação de pobreza e miserabilidade. Sem muitas condições de saúde, o acesso aos serviços era seletivo e a promoção/prevenção basicamente não existindo. Quando, determinantes, assim como os condicionantes sociais e ambientais da saúde foram tomando espaços nas reuniões e eventos da área da saúde, com importante participação dos movimentos sociais que lograram grandes conquistas, aspectos como a desigualdade social presente no país entrarem para o bojo de determinantes sociais da saúde, o que possibilitou o aprofundamento dos estudos no sentido das comprovações do movimento de justiça ambiental. Na intenção de trabalhar essas nuances que extrapolam as questões da área da saúde, a interdisciplinaridade é ferramenta chave para a busca de respostas e soluções para a questão, pois quando a separação de áreas foi vencida pelo trabalho coletivo, respeitando-se seus limites, foi inquestionável o ganho social para todos. O objetivo dessa dissertação é buscar a aproximação do conceito da saúde ambiental, seu percurso histórico, as suas possibilidades para buscar uma nova prática no Serviço Social e incrementos de estudos. A metodologia é fundada no levantamento e revisão de literatura existente sobre os temas na intenção de dar subsídios a continuação deste trabalho. Pode-se inferir com esse estudo que os determinantes sociais e ambientais são importantes para entender as formas que se dão no processo saúde-doença. A injustiça ambiental também se constitui instrumento de análise, pois a ação da sociedade sobre determinada população ocasiona problemas na saúde e meio ambiente. O Serviço Social está presente em muitos espaços ocupacionais, assim como desenvolve seu trabalho nas políticas públicas consolidadas historicamente – saúde, assistência, habitação – trabalhando no sentido da constituição de uma política nacional de saúde ambiental e que novas concepções contribuam na integração de ações das demais políticas do país como parte de seus desafios e lutas na contemporaneidade.

Palavras-chave: Determinantes Sociais; Estado; Interdisciplinaridade; Saúde; Saúde ambiental; Serviço Social.

ABSTRACT

This dissertation environmental health as the object of analysis and development. The interaction between health and environment is perceived from Hippocrates in ancient Greece, being developed and adapted to each historical period. Various theories presented to justify given disease and its development were linked often vectors that are in the environment, therefore, studies begun in their natural habitat. In Brazil, with its late industrial development compared to the capital center of the country, a number of changes developed into its structure, from rural to urban, a disorderly urbanization with population growth in cities with significant percentage of people in poverty and misery. Without many health conditions, access to services was selective and promotion / prevention basically does not exist. When determining, as well as social and environmental determinants of health were taking spaces in meetings and health care events, with important participation of social movements that have managed great achievements, aspects such as social inequality present in the country come to the bulge determinants social health, which enabled the deepening of the studies to the evidence of the environmental justice movement. Intending to work these nuances that go beyond the health issues, interdisciplinarity is a key tool in the search for answers and solutions to the problem, because when the separation areas was won by collective work, respecting their limits, was unquestionable social gain for everyone. The objective of this dissertation is to seek to approach the concept of environmental health, its historical background, their chances to find a new practice in Social Work and increments studies. The methodology is based on the survey and literature review on the issues in the intention of giving subsidies to continue this work. It can be inferred with this study that the social and environmental determinants are important to understand the forms that occur in the health-disease. Environmental injustice is also an analytical tool, because the action of society on certain population causes problems in health and environment. Social work is present in many occupational areas, as well as develop their work in the consolidated public policies historically - health care, housing - working towards the establishment of a national environmental health policy and new concepts contribute to the integration of the actions of others the country's policies as part of their challenges and struggles in contemporary times.

KEYWORDS: Determinants Social; State; Interdisciplinarity; Health; Environmental health; Social Work.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensões

DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais

CNS – Conselho Nacional de Saúde

SUS – Sistema Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

CDSS – Comissão de Determinantes Sociais de Saúde

MJA – Movimento Justiça Ambiental

EIA – Estudo de Impacto Ambiental

RIMAS – Relatório de Impacto Ambiental

RBJA – Rede Brasileira de Justiça Ambiental

SNVA – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

PSF – Programa de Saúde da Família

APSA – Atenção Primária de Saúde Ambiental

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

VSA – Vigilância em Saúde Ambiental

SVS – Secretaria de Vigilância Ambiental

SINVSA – Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	59
Figura 2 – Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist.....	62
Figura 3 – Processo de desenvolvimento de riscos ambientais.....	83
Figura 4: - Modelo para construção de indicadores em saúde e ambiente..	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Promoção da saúde no mundo.....33

Quadro 2 – Promoção da saúde no campo político.....38

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
 CAPÍTULO 1 - SAÚDE AMBIENTAL NO BRASIL: AMPLIANDO O CONCEITO.....	16
1.1 Saúde pública e as condições de vida no Brasil.....	16
1.2 Trajetória da saúde ambiental.....	24
1.3 A importância da promoção da saúde para a saúde ambiental.....	30
 CAPÍTULO 2 - COMPREENDENDO OS DETERMINANTES DA SAÚDE A PARTIR DA INDUSTRIALIZAÇÃO.....	41
2.1 Estado e Desenvolvimento Industrial.....	41
2.1.1 A expansão da indústria brasileira.....	48
2.2 Desenvolvimento e os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde.....	54
2.2.1 Modelos e propostas de resolução para os determinantes sociais e ambientais.....	59
 CAPÍTULO 3 - SAÚDE AMBIENTAL: POSSIBILIDADES E AVANÇOS.....	65
3.1 A busca por justiça ambiental.....	65
3.2 Construção da Vigilância e indicadores em Saúde Ambiental.....	76
3.3 Saúde ambiental e serviço social: debate interdisciplinar.....	87
 CONCLUSÃO.....	97
 REFERÊNCIAS.....	99

1. INTRODUÇÃO

Considerando a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como aspecto vital para a vida, e um conjunto integrado de variados determinantes e condicionantes, entre eles o meio ambiente, está diretamente relacionada à formação socioeconômica de determinada sociedade. A forma de relação entre os seres humanos e o meio ambiente mudou sensivelmente com o passar dos séculos, sobretudo, com a ideologia capitalista. O processo de esgotamento dos recursos naturais por causa da degradação e expropriação sem limites, pelo capital, acarreta graves consequências para a vida no planeta.

A temática saúde ambiental constitui uma questão contemporânea. Presente na produção de conhecimento brasileira, principalmente, a partir da década de 1980, abordada sob diversos enfoques. Particularmente com a intensificação dos problemas de saúde relacionados aos fatores ambientais, acionando estudos como da Organização Mundial da Saúde (1993), que Tambellini e Câmara (1998), Giatti (2009) e Rigotto (2003), entre outros, comprovam essa relação nos seus estudos.

A partir deste enfoque, um campo da saúde pública especializou-se em entender e contribuir na superação das causas dessa relação e foi denominado de saúde ambiental. A saúde ambiental apresenta-se como um campo interdisciplinar dentro da saúde coletiva. Considerada um avanço em termos teóricos e práticos, pois, sua estreita relação com o desenvolvimento da saúde a partir da qualidade de vida e um meio ambiente saudável e sustentável abre um leque de possibilidades e ações que antes não eram consideradas.

A interdisciplinaridade do assunto, incipientemente, permeou as discussões no Serviço Social na sua longa trajetória teórica na área da saúde. Quando a produção ligada ao meio ambiente cresce nos círculos de debates da categoria, nos eventos científicos, ocupando eixos temáticos e produções nas principais revistas da área, embora a saúde ambiental, propriamente dita, ainda seja pouco trabalhada. Essa afirmação deriva da minha experiência na

graduação, integrante de grupo de pesquisa¹ que tinha o tema do meio ambiente nas suas investigações.

A dificuldade em encontrar material específico de saúde ambiental em livros e artigos e nos debates em eventos científicos fez encetar o interesse em aprofundar os estudos, além de compreender que muitos problemas poderiam ser resolvidos com uma metodologia adequada a melhoria das questões ligadas ao socioambiental. E na prática profissional² também desenvolvi ações que ligavam a saúde e o meio ambiente buscando encontrar algumas ligações dentro do serviço social, porém ainda bem reduzida.

Logo, para o assistente social, profissional que atua diretamente nas expressões da questão social e também na formulação, implantação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas, tem sido fundamental a procura de materiais para o estreitamento com a saúde ambiental, considerando que sua prática está inserida na realidade dos usuários dos serviços.

Sendo assim, essa dissertação terá a produção do conhecimento da saúde ambiental como objeto de estudo. O objetivo é analisar o conceito sobre a temática buscando, assim, construir um apanhado de discussão sobre essa questão para o Serviço Social. Além de identificar algumas possibilidades e avanços entre saúde e meio ambiente na atualidade.

Agregando estudos, conceitos, debates das mais diversas áreas do conhecimento contribuir com a compreensão da importância da saúde ambiental e, assim, fomentar o debate no Serviço Social.

Desse modo a dissertação divide-se em três capítulos, onde cada um apresenta importante aspecto da saúde ambiental, desde sua gênese ao importante debate interdisciplinar.

O primeiro capítulo tem como eixo norteador a saúde pública no Brasil, as principais características desde suas primeiras ações, fazendo um paralelo com as condições de vida da população em diferentes estágios. Abordando a

¹ Grupo de Estudos e Pesquisa em Gênero, Raça, Meio Ambiente e Planejamento de Políticas Públicas – GRAPP/UFPE/CNPq.

² Atuação como assistente social no Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – IFPB Campus Patos.

formação da saúde ambiental dentro do espaço acadêmico e prático e trazendo a discussão acerca da promoção da saúde como importante mecanismo de atenuação nos problemas relacionados à saúde ambiental.

O segundo capítulo faz uma incursão no desenvolvimento industrial do país com a intenção de compreender como são gerados os determinantes sociais e ambientais da saúde. Trabalhando a relação entre indústria, urbanização, proliferação de doenças e degradação ambiental apresentando o elo de intensificação dos determinantes sociais da saúde. Alguns modelos científicos para trabalhar na diminuição dos determinantes são analisados, assim como suas propostas.

Finalizando a dissertação, o terceiro capítulo discute os avanços e as possibilidades da saúde ambiental. O histórico da justiça ambiental como forma de entendimento e de enfrentamento das desigualdades sociais e raciais que incidem na saúde ambiental. Trabalhando do campo social para o campo político, é discutida a construção da vigilância e dos indicadores da saúde ambiental, mostrando a importância do tema para a constituição de políticas e ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e meio ambiente. Por fim, o debate interdisciplinar configurando-se como avanço e desafio desse objeto, particularmente, no Serviço Social.

Toda construção da dissertação está alicerçada na revisão da literatura que segundo Rother (2007) é apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

Ludwig (2012) corrobora com o conceito ao definir que é o ato de procurar, recolher, analisar, interpretar e julgar as contribuições teóricas existentes sobre um certo assunto.

Revisão não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura e a seleção dos estudos baseado na interpretação das informações esta sujeita à subjetividade dos autores (BERNARDO; NOBRE; JANETE, 2004). As principais referências utilizadas são de livros e textos de revistas científicas, impressas ou online, de autores com importante relevância nos temas abordados.

CAPÍTULO 1: SAÚDE AMBIENTAL NO BRASIL: ampliando o conceito

1.1 Saúde pública e as condições de vida no Brasil

No Brasil a questão da saúde atravessou momentos históricos diferenciados atrelados aos contextos políticos, econômicos e sociais. Os diferentes movimentos que aconteceram, desde sua descoberta e colonização, foram importantes na constituição do que se tem hoje como saúde pública no país.

Durante o período de colonização do Brasil, Portugal não criou nenhum modelo de atenção à saúde para a população que aqui habitava. Essa situação diferenciou-se apenas com a chegada da família Real Portuguesa, quando foi necessário estabelecer um mínimo de estrutura sanitária.

No século XIX alguns avanços em relação à saúde foram verificados, como a fundação das primeiras escolas de medicina, no Rio de Janeiro (1813) e na Bahia (1815), as descobertas das primeiras vacinas contra as epidemias da época, como: varíola e febre amarela, embora o Brasil continuasse com altos índices de insalubridade nas condições de saúde da população (BERTOLLI FILHO, 2010).

Com a proclamação da República em 1889, as condições de saúde começam a receber uma maior atenção por parte do governo. Isso porque para Polignano (2001), a proclamação da República se estabeleceu através da organização jurídico-política típica do Estado capitalista. Em consonância com o referido autor, Bertolli Filho (2010) salienta o objetivo dessa nova forma de fazer saúde

A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade – escravista, até pouco antes - com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano. Essa ideia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são a fonte geradora da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. Era preciso sintonizá-lo com a sociedade então rotulada de “civilizada” e que tinha como modelo as nações mais ricas do mundo. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e

coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país. (BERTOLLI FILHO, 2010, p.12).

A fase conhecida como primeira república, novas formas de pensar a saúde surgiram. Para o Conselho Nacional de Saúde (2007), a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram o governo republicano a elaborar detalhados planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva da população.

Dessa forma, a evidência de que as novas práticas de saúde estavam ligadas a reprodução do capital que necessitava de mão de obra saudável para desenvolver suas atividades produtivas, demonstra que os interesses do Estado que se formava eram intrinsecamente alinhados ao ideário da classe burguesa.

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde” (BERTOLLI FILHO, 2010). A política de saúde não estava isolada, mas articulada a outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação e habitação. Sendo que a presença do Estado nessas áreas recebeu o nome de política social, e eram setores privilegiados.

Historicamente, tem sido o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas. E isso apesar de o trabalho de cada um dos cidadãos ser considerado a grande fonte geradora da riqueza nacional. Essa contradição é explicada pela lógica das relações sociais dominantes no Brasil e na maior parte dos países de passado colonial. Apesar das repetidas promessas oficiais de criar condições para a melhoria do padrão de vida da população, na verdade o Estado acaba privilegiando os investimentos na expansão da produção. Com isso, beneficia muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade. (BERTOLLI FILHO, 2001 p.15).

No início do século XX, o Brasil tinha sua economia voltada para a exportação dos seus elementos ligados agronegócio, isso reflete na política, pois o país era governado pelas oligarquias, grupos formados pelos grandes capitalistas fundiários, grandes proprietários de terra que utilizavam sua influência política e econômica para determinar os destinos da nação.

Embora a indústria se desenvolvesse em grande número de países no mundo, esta era inicial no Brasil nesse período. Esse processo de industrialização brasileiro trouxe consigo várias modificações na estrutura sócio-política e econômica do país e acarretou mudanças no perfil das cidades. Como analisa Polignano (2001), tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente e de utilização de imigrantes, especialmente europeus, como mão-de-obra na indústria. Mas os operários na época tinham jornadas excessivas, péssimos salários, e mínimas garantias trabalhistas. Não tinham férias, pensão ou aposentadoria e, sem perspectivas políticas mais incisivas lutavam por melhores condições de vida, já que as cidades, sem qualquer planejamento, enfrentavam sérios problemas, como a falta de tratamento de água, de esgoto e de habitação.

A vinda desses imigrantes foi decisiva para a organização dos direitos da classe trabalhadora da época, pois na Europa já desfrutavam de direitos trabalhistas conquistados pela organização política do operariado. No Brasil, na década de 1930, os entraves sociais e políticos decorrentes das péssimas condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, fizeram emergir no cenário político, a chamada questão social, definida por Iamamoto como expressão das desigualdades da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2015).

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p. 27).

A expressão “questão social” surgiu na Europa Ocidental, na terceira metade do século XIX, para designar o fenômeno do pauperismo. Netto (2001) afirma que, pela primeira vez, a pobreza crescia na proporção em que aumentava a capacidade produtiva do capitalismo.

Diante desse processo, o então presidente da república Getúlio Vargas, criou algumas condições para os trabalhadores na forma de direitos trabalhistas, pensados principalmente para atenuar a tensão existente.

Na área da saúde instituiu o Ministério da Educação e da Saúde Pública, apontando para grandes mudanças nos serviços sanitários do país. Nesse período o atendimento ágil e voltado para a população divergia das ideias de

organização centralizada dos serviços propostos pelos interventores sanitários que, na sua maioria, eram compostos por políticos e burocratas, sem a presença de médicos nas decisões. O objetivo dessa mudança era garantir a burocracia federal no controle dos serviços (BERTOLLI FILHO, 2001), além de outros serviços que foram repensados pelo Estado.

A situação de descaso por parte do governo fez surgir novas pressões, principalmente, advindas dos sindicatos em relação à legislação previdenciária.

Contudo alguns benefícios foram criados como a Lei Eloi Chaves, considerada como um marco inicial da previdência social no país as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), transformadas posteriormente em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) asseguravam direitos como pensões e aposentadorias. No entanto, de acordo com Bertolli Filho (2001) as caixas apresentavam serviço irregular, mas que ofereciam pouca cobertura aos doentes mais graves.

[...] os operários tuberculosos, por exemplo, enfrentavam muita dificuldade para receber assistência [...] Os institutos previdenciários criaram uma legislação própria para os tuberculosos. O doente devia optar entre receber uma parte do salário e tratar da saúde por conta própria, ou submeter-se ao isolamento sanatorial, abrindo mão de qualquer ajuda econômica. [...] A situação tornava-se ainda mais trágica para o operário que não tinha carteira de trabalho e que por isso não podia contribuir para caixa de sua categoria profissional. Para esse trabalhador restava o apelo à caridade pública. Era qualificado pela administração dos hospitais filantrópicos como indigentes. (BERTOLLI FILHO, 2001 p.33).

Mesmo com a garantia de acesso a alguns serviços de saúde e direitos trabalhistas, como os IAP's, a população ainda não dispunha de um modelo sanitário que contribuísse na queda dos números de doenças endêmicas e das mortes decorrentes de tais doenças como tuberculose, doença de Chagas e gastrointestinais.

Na arena política, entre as décadas de 1950 e 1960, marcado o fim do governo de Getúlio Vargas, na economia a entrada de capital estrangeiro e o grande aumento da industrialização marcaram esse período. A vida nas cidades, no urbano, cresce vertiginosamente, enquanto a população que habitava o campo brasileiro era relegada a sorte em relação à saúde.

Em maio de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que não trouxe mudanças significativas para o período, mas depois de alguns anos voltou-se quase que exclusivamente para a população do campo (POLIGNANO, 2001). Essa predominância se deu, principalmente, após sua unificação, em 1956, com o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERU, para o combate de algumas doenças como: malária, febre amarela, doenças de Chagas.

No início da década de 1960 houve grandes transformações políticas que resultaram na fase da ditadura militar, iniciada em 1964, que perdurou por mais de duas décadas. Nesse contexto, o Brasil cresceu substancialmente na economia, o chamado “milagre econômico”, mas, mesmo assim, os problemas sociais agravaram-se na mesma proporção, a população convive com baixos salários, desemprego, aumento da marginalidade, das favelas e mortalidade infantil.

A saúde pública sofreu grandes impactos e o Ministério da Saúde teve parte de suas verbas cortada, porém ficou responsável pela formulação e pela coordenação da política nacional de saúde, controle de drogas, medicamentos e alimentos, entre outros serviços. Logo, não pode realizar nem metade de suas atribuições devido aos limitados recursos destinados pelo governo federal (BERTOLLI FILHO, 2001).

Durante o regime militar, o sistema nacional de saúde implantado, submetido ao predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a burocracia técnica, atuou mais no sentido da mercantilização crescente da saúde (CNS, 2007).

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) afirma que,

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios aos trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (CNS, 2007, p.24).

Relegada ao segundo plano a saúde pública tornou-se ineficiente e conservadora, acarretando graves consequências a saúde da população que

vivia em péssimas condições de vida nas cidades aumentando, assim, as taxas de mortalidade (POLIGNANO, 2001). O contexto também foi propício para o aumento da medicina privada, beneficiando aqueles que podiam pagar pelos seus tratamentos.

Com o dinheiro público se construiu ou se reformou clínicas e hospitais privados, principalmente com recursos financeiros da Previdência Social. A medicina curativa foi o modelo adotado pelo regime militar, como também à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país.

Mesmo com o crescimento econômico vivido nesse período, o governo militar entra em crise e o cenário faz a sociedade mobilizar-se exigindo liberdade e democracia. Os movimentos sociais começaram a se organizar novamente, demandando direitos sociais e participação política.

Dentre eles o movimento sanitário constituído, na sua maioria, por médicos ligados ao enfoque da medicina preventiva. Entendido como movimento ideológico com prática política e pensamento reformista que construiria uma nova agenda no campo da saúde, desenvolvendo sua base conceitual a partir de um diálogo com as correntes marxistas e estruturalistas (CONASEMS, 2006).

Os primeiros anos de movimento fundamentaram-se na ocupação dos espaços institucionais, caracterizados pela procura do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. De acordo com Merhy e Queiroz (1993), tanto a saúde como a doença passaram a ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre.

No início da década de 1980, começa o processo de democratização política do Brasil e o fim do regime militar, concomitantemente, o movimento sanitário estabelece uma contestação mais forte ao sistema de saúde governamental.

As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde do movimento caracterizaram-se pelo apelo à democratização do sistema, a participação popular, à universalidade dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização (CNS, 2007). Isso resultou na

elaboração de vários programas e projetos na área da saúde que culminaram, posteriormente, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O marco dessa nova conjuntura foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em março de 1986. Na conferência foi preconizado que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. No momento também foram lançados os princípios da reforma sanitária e mantiveram-se as propostas do fortalecimento e de expansão do setor público. Além de cunhar o conceito de saúde, como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde [...]” (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 04). Durante a conferência foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde, como um novo arcabouço institucional, com a separação da saúde e da previdência.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003) o resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. A constituição de 1988 define no artigo 196.

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988).

Nesse período as mudanças na saúde pública são de fato as que mais impactaram na vida da sociedade brasileira. A definição de saúde como direito de todos e dever do Estado alterou a configuração dos serviços e propiciou o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública. Organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas para atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS insere-se no

contexto das políticas públicas de seguridade social, além da saúde, da previdência e da assistência social (CNS, 2007).

Nas palavras de Polignano (2001) o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, principalmente, na saúde coletiva, consolidando-se como um dos direitos da cidadania.

O início da década de 1990 foi marcado pela ideologia neoliberal que prioriza reduzir o Estado ao mínimo. Esse processo no campo da saúde traz intensas modificações que, de forma geral, precarizam e desestruturam o Sistema Único de Saúde.

De acordo com Campos (1997) a saúde funcionou dentro de um sistema plural, onde dois subsistemas diferentes de assistência conviveram – um subsistema público, um privado e um liberal.

Ainda de acordo com o autor, na década de 1990, período do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde que se configurou no país foi o neoliberal,

Com várias modalidades assistenciais tais como o trabalho assalariado, produtores autônomos, convênios com instituições, empresas e também estatais. Esse modelo hegemônico, que contava com a intervenção mínima do estado na regulação de ações e serviços remetendo tal regulação para o mercado, produziu a mercantilização da assistência a saúde que, aliada a interesses empresariais e incluindo alguns profissionais da área, dificultaram o estabelecimento de um sistema público de saúde ampliado.

No governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, movido pelas correntes ligadas à classe trabalhadora, a perspectiva da saúde são as melhorias pontuais que não representaram o fim da desigualdade que se estabelece entre os setores públicos e privados.

Mas outros conceitos foram incorporados nessa área, mostrando um avanço na concepção de saúde antes e depois dos movimentos da Constituição Federal, como território, promoção da saúde, além da tomada de consciência da interação entre meio ambiente e saúde, mas ainda necessitando de uma ampla atenção aos espaços da saúde pública.

1.2 Trajetória da Saúde ambiental

Existe uma estreita relação entre os problemas de saúde, doença e morte de uma comunidade com seu meio ambiente. Esse fenômeno é conhecido há muito tempo e existem dados científicos desde a Revolução Industrial verificando que cada sociedade tem uma forma de adoecer e morrer, ligada ao meio ambiente físico, social, econômico e político.

Gouveia (1999) aponta que Hipócrates, em sua famosa obra “Ares, águas e lugares”, destacava o papel crucial do meio ambiente na gênese, na determinação e na evolução das doenças. Vale ressaltar que Hipócrates era um médico grego de 400 a.C.

Outros autores também escreveram em séculos passados, Giatti (2009) demonstra que Sextus Julius Frontinus, na obra intitulada “Das águas da cidade de Roma, 97 a 104 d.C.” apresentava o reconhecimento e a importância de um fator ambiental, no caso a água, para a saúde humana.

Na Inglaterra, no século XVII, iniciou-se a aplicação de métodos estatísticos à saúde pública, possibilitando a compreensão da dinâmica da ação preventiva de saúde. A avaliação de indicadores demonstrou a relação da condição da saúde com o meio ambiente e sua importância para a força de trabalho como fator de produção (RIBEIRO, 2004).

Desse modo, vários aspectos podem ser apresentados na relação do meio ambiente com a saúde. Há registros na história de sociedades que acreditavam na ligação das divindades com a presença de doenças. Os índios desde os primeiros contatos apresentam uma relação entre a natureza e as doenças, observando o caso brasileiro.

Estudos foram possibilitando inferir o quanto o meio ambiente podia ser considerado no processo saúde-doença, mas a concepção "ambiental" da doença foi reforçada a partir dos séculos XVI e XVII com a Teoria dos Miasmas, que concebia a transmissão pelo ar e pelos odores. A partir de então o meio ambiente passa a adquirir um caráter predominantemente social (BARATA, 1990, p. 51).

Essa teoria foi aceita até o século XIX, quando a compreensão da origem das doenças se deu pela teoria bacteriológica. Giatti (2009) observa que foi o momento em que o meio ambiente deixou de ser considerado como

integrante do processo saúde-doença, dando lugar à outra teoria, a do contágio. O meio científico passou a reconhecer a presença de microrganismos como o único fator causador de doenças, sustentando a teoria unicausal.

A superação da teoria do contágio aconteceu na década de 1960, quando foi reconhecida a complexidade de fatores vinculados a origem das doenças, dando lugar a teoria multicausal (GIATTI, 2009). Nessa teoria a dimensão ambiental foi novamente incluída entre as múltiplas causas associadas as doenças. Quando os referenciais da microbiologia reforçaram o movimento da medicina social, inaugurando a saúde pública que reorientava as diretrizes dos discursos e das práticas ocidentais no setor da saúde social, atribuindo ao ambiente um dos campos na saúde pública.

Nesse mesmo período, o ambiente doméstico limpo, purificado e areado, passou a ser vital para a saúde dos seus ocupantes e as discussões e reuniões que tratam dos impactos dos processos produtivos sobre o meio ambiente ganhavam visibilidade. Quando o sistema capitalista e suas formas de obtenção de lucros espalham-se pelas áreas do planeta com questionamentos do seu poder destruidor do ambiente e do homem, particularmente com o reconhecimento das modificações trazidas pelo sistema e sua forma de produzir e dos impactos no meio ambiente e suas alarmantes repercussões na saúde.

Consequentemente a relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população vem definindo um campo de conhecimento referido como “saúde ambiental” ou “saúde e ambiente”, segundo a OMS:

[...] compreende os aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que são determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e fatores psicossociais no ambiente. Também refere-se à teoria e prática de avaliar, corrigir, controlar e prevenir os fatores no ambiente que podem potencialmente afetar negativamente a saúde das gerações presentes e futuras (OMS, 1994, [pág](#)).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde, esta relação incorpora todos os elementos e fatores que afetam a saúde, incluindo, a exposição a fatores como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo, até os relacionados com aspectos negativos do desenvolvimento social e econômico dos países (OPS, 1990).

Ordóñez (2000) alerta que as palavras “ambiente”, “meio ambiente” e “meio” que possuem vários sentidos linguísticos, para os fins da saúde ambiental são utilizados como sinônimos e para simplificar deve-se usar apenas ambiente.

O processo complexo que caracteriza as relações da saúde com o ambiente se dá no interior de ecossistemas que se constituem como espaços de desenvolvimento humano, onde se articulam as distintas dimensões da reprodução social: biopsíquicas, culturais, econômicas, ecológicas e políticas (SAMAJA, 2000)

Em relação ao ambiente e a saúde, Itani e Vilela Filho (2006) afirmam que os problemas que afetam a saúde são, por vezes, problemas que estão relacionados ao ambiente e que este conjunto apresenta problemáticas que afetam indivíduos e grupos em diferentes regiões que necessitam de alternativas de análise para sua compreensão e solução. Segundo Rigotto (2003) a saúde do homem depende da capacidade da sociedade de gerir a interação entre as atividades humanas e o ambiente físico e biológico.

O movimento ecologista trouxe uma nova perspectiva que vem contribuindo para a saúde pública, em função da noção de revalorização do ambiente como um componente da saúde e pela demonstração de situações de perigos gerados pelos processos produtivos e outras atividades sociais. Perigos afetam negativamente a saúde e a biosfera e são dependentes dos modelos hegemônicos de desenvolvimento econômico, da ciência e da tecnologia, que não guardam compromissos efetivos com o desenvolvimento social e a proteção do meio ambiente e da biodiversidade (AUGUSTO, 2004).

A interdependência entre saúde, desenvolvimento econômico, qualidade de vida e condições ambientais vem sendo reconhecida, de um modo geral, na comunidade científica e na constituição das políticas sociais nos países desenvolvidos. A medida que esse reconhecimento vem tendo importante aspecto para a orientação de ações efetivas de promoção e de proteção da saúde (AUGUSTO et al., 2001).

Augusto (2004) a partir de análises de dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e do Ministério da Saúde afirma que, sendo a concentração de renda no Brasil uma das mais altas do mundo e alto também o percentual

da população em estado de pobreza, decorrentes do modelo de desenvolvimento, estas desigualdades sociais compõem as principais forças motrizes que condicionam as pressões sobre o ambiente e vêm gerando situações de risco e de exposição das populações a nocividades que são responsáveis pelo aumento da demanda nos serviços de saúde.

[...] é nesse conjunto de elementos estruturais inter-relacionados que a saúde humana se conforma. A saúde, portanto, pode ser vista como um resultado histórico das condições sócio ambientais sobre o patrimônio genótipo dos indivíduos. O ambiente pode tanto promover a saúde como criar condições nocivas (situações de risco) para os indivíduos ou agrupamentos humanos, que se manifestam com agravos, doenças, lesões, traumas e mortes. A distribuição da morbimortalidade se diferencia nas populações segundo os territórios, ecossistemas, condições socioeconômicas e a susceptibilidade individual. (AUGUSTO, 2004, p. 229).

Concepção da lógica capitalista de produção que coloca o desenvolvimento industrial como desencadeador do surgimento da sociedade de consumo em massa e da aceleração do processo de urbanização, que gerou novos estilos de vida na população. A combinação desses elementos tem provocado um aumento do consumo de energia e de água, por exemplo, junto com uma redução dos recursos naturais e, concomitantemente, um aumento da produção de resíduos sólidos (urbanos, industriais, tóxicos). Resíduos esses que degradam o meio ambiente e produzem uma deteriorização paulatina das características regenerativas que, conseqüentemente, vêm afetando a saúde humana.

Esses problemas vêm rebatendo, de forma negativa, na saúde da população que recebe toda a poluição das indústrias no ar, na água e no solo. Os problemas ocasionados são os mais diversos, como problemas respiratórios ao desenvolvimento de cânceres e doenças crônicas.

De um modo geral, Augusto (2004) infere que os principais problemas ambientais estão relacionados com o modelo de desenvolvimento, os processos de produção, os padrões de consumo, com as iniquidades socioambientais, geradoras da deterioração da vida nas sociedades humanas. O reflexo desses problemas é perceptível: na água imprópria para o consumo; na contaminação da atmosfera; na falta de segurança e de higiene dos

alimentos; nas más condições de trabalho e de transporte; na poluição dos ambientes confinados; na poluição química (drogas, gases, vapores, poeiras, fumos, hormônios, tabaco etc.); nos fatores físicos (ruídos excessivos, radiações ionizantes, campos eletromagnéticos etc.). Além do descarte inadequado de resíduos industriais perigosos, como dos hospitalares e os domésticos. Das mudanças climáticas; da redução da camada de ozônio; dos desastres naturais e dos acidentes industriais ampliados (AUGUSTO, 2004).

Sobre o processo de produção especificando a indústria, Lefebvre (2004) destaca que seu processo privilegia a captura da natureza e não o respeito; despende suas energias; desventura-a para apoderar-se de seus recursos de energia e de matéria; devasta-a para “produzir” coisas (intercambiáveis, vendáveis) que não são da natureza nem estão nela.

Em qualquer sociedade, as atividades produtoras de bens necessários à qualidade de vida da população são realizadas seguindo processos diferenciados e interdependentes, nos quais se estabelecem como um sistema complexo. Estas abrangem elementos e fluxos diversos da produção, distribuição, troca e consumo de mercadorias, nos quais o trabalho é uma condição humana central.

Os problemas ambientais que se constituem a partir dos processos de produção, distribuição, circulação e consumo de mercadorias são comandados por uma lógica da sociedade em confronto com a lógica da natureza (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Esse aumento da industrialização ocasiona outro processo que se estende em diversos países do mundo e vem desenvolvendo problemas nos diversos ecossistemas e na saúde da população, que é a urbanização desordenada, danosa as pessoas e ao ambiente.

Alhama (2001) destaca que a urbanização em países em desenvolvimento acontece de forma mais acelerada do que nos países desenvolvidos. Por isso, esse processo urbano produz o dobro de degradação ecológica que, por uma parte, afeta a própria cidade com o aumento da concentração de contaminadores e, por outra, as áreas próximas da cidade. Estas são as áreas de cultivo de mangue, de mata nativa, além de outras áreas

não urbanas que são deterioradas para sustentar as cidades que, por si só, não são autossustentáveis.

A partir dessa concepção o crescimento de uma cidade e especialmente dos países que estão se desenvolvendo, não sendo sustentável, vai requerer uma infraestrutura que assegure o bem-estar e a saúde da população. E este processo de transformação do espaço, com a urbanização, acarreta mudanças no meio ecológico, uma vez que as infraestruturas construídas no contexto de desenvolvimento excludente implicam em mudanças nas condições ambientais que interferem bruscamente nas condições sociais (SANTOS; GEHLEN, 2010).

Neste processo, tem-se um acréscimo de novas obras e pessoas, uma criação de um novo meio a partir daquele que já existia, o que se costuma chamar de “natureza primeira” que se transforma em “natureza segunda” no novo centro urbano (SANTOS, 1985). Processo de urbanização acelerada e desordenada que intensifica a proliferação de bolsões de pobreza e seus desdobramentos nas manifestações da questão social, aumentando o número de desempregados, de excluídos sociais e de violência em um meio ecológico modificado pelo meio técnico (Idem). Gehlen (2010) coloca que não é possível ignorar o desemprego no centro urbano, bem como um aumento das suas periferias empobrecidas e problemáticas.

Sendo assim, as transformações que afetam o meio ambiente, foram intensificadas com a lógica capitalista de produção, como a poluição da água, do ar e do solo, mudanças climáticas e atmosféricas, das questões ligadas ao saneamento, a urbanização e a industrialização que afetam a saúde humana nas suas múltiplas dimensões: social, biológica, psicossocial e ambiental. Faz-se necessário uma articulação desses fatores no âmbito das políticas governamentais, uma concepção de totalidade que rompa com a fragmentação.

Porque o nível de saúde de uma população está determinada por uma combinação de fatores, entre outros, da melhora de condições sociais e ambientais. Por este motivo, as concepções das políticas, das ações e dos projetos devem estar integrados ao ambiente. O desenvolvimento de programas de proteção e de promoção da saúde devem se basear em atividades de desenvolvimento social, com a participação ativa da sociedade.

De acordo com Korb e Claro (2009) a aproximação da temática ambiental com o movimento de promoção da saúde possibilita a ampliação na compreensão do processo saúde-doença. Essa proposta elege a intersectorialidade como condição para o estabelecimento e para a execução de políticas públicas como maneira de garantir melhores condições socioambientais.

1.3 A importância da promoção da saúde para a saúde ambiental

Nos mais diversos contextos, a busca por um modelo que assegurasse as boas condições de saúde da população sempre foi alvo de pesquisas, estudos e esforços de cientistas, sanitaristas, dentro outros profissionais como médicos e assistentes sociais. No geral, os modelos não levavam em consideração aspectos como, meio ambiente, condições materiais de vida e trabalho. Mas outros aspectos começaram a ser discutidos e problematizados com a rápida degradação da saúde e da qualidade de vida de milhares de pessoas, particularmente quando surge a promoção da saúde trazendo à tona novas perspectivas de pensar os condicionantes da saúde.

De acordo com Buss (2000), a promoção da saúde pode ser dividida em dois grupos, o primeiro baseia-se nas atividades dirigidas centralmente a transformação dos comportamentos dos indivíduos focando nos seus estilos de vida. Neste caso os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em atividades educativas, relacionadas a riscos comportamentais passíveis de serem mudados ou que estão sob controle dos próprios indivíduos. O segundo sustenta-se na constatação de que a saúde está relacionada a um amplo leque de fatores ligados com a qualidade de vida, como um padrão adequado de alimentação e de nutrição, de habitação e de saneamento, de condições de trabalho e de renda, de ambiente físico limpo, entre outros. Esse segundo grupo é conhecido como a moderna forma de promoção da saúde.

De fato, com essa nova incorporação de aspectos externos ao corpo houve, segundo Marcondes (2004) uma ampliação do conceito de saúde, fundamental para a constituição de um campo de conhecimentos e de práticas

para a promoção da saúde. Conceito que parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde-doença.

[...] convém ressaltar que a própria ideia de “processo” aborda a saúde e a doença numa relação dinâmica, na qual interagem elementos de agressão e defesa, tanto internos como externos ao organismo, em uma permanente instabilidade que desencadeia novos ajustes a todo instante. Portanto, além da saúde não se constituir numa ausência de doença, uma vez que ambas interagem constantemente e não é possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente também esta relação se dá para além das fronteiras internas do organismo, cujas relações sociais e o meio físico externo se somam às características imunogenéticas individuais (MARCONDES, 2004, p. 07)

Concepção que evidencia a ligação de fatores como saneamento, habitação e alimentação na condição de saúde da população. Uma forma de pensar que não é recente, pois desde o século XVIII o professor Johann Peter Frank ligava a pobreza e as más condições de vida, trabalho, de nutrição, as principais causas das doenças.

Essas formas de pensar os determinantes da saúde foi um grande diferencial para as novas propostas e modelos da saúde pública em diversos países. Pensar novos determinantes que interferem na saúde humana mostrou-se um grande avanço para o campo da saúde e principalmente, para a melhoria das condições de vida das diversas populações. As desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista de produção geram grandes mazelas que constituem um fator na relação saúde-doença. Nas palavras de Starfield (2002, p. 26).

Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. Além disso, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada a uma saúde pior. Ou seja, quanto maiores às disparidades na riqueza em qualquer população, maior as disparidades na saúde (STARFIELD, 2002, p. 26).

Concepção que evidencia as desigualdades de renda se constituindo em determinante social de saúde, por interferir na educação, nas condições de habitações e no ambiente da população.

Esta concepção destaca o modelo da promoção da saúde por se

constituir numa visão de totalidade que abrange os vários aspectos sociais que podem prejudicar a saúde humana. E por se constituir um modelo que vem sendo sinalizado ao longo do tempo com uma trajetória que envolve debates, encontros e discussão e, particularmente, revisão de conceitos.

Buss (2000) salienta que o conceito moderno de promoção da saúde, surgiu e se desenvolveu de forma mais forte nos últimos vinte anos e mais particularmente nos países em desenvolvimento como Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Um dos primeiros autores a usar o termo foi Sigerist (1946) quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. E quando afirmou que a “[...] *saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, de educação, de cultura física e de formas de lazer e descanso*” (SIGERIST, 1946).

Trazendo um conceito mais ligado às responsabilidades do Estado, Gutierrez (1996) discute que a promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Essa definição destaca a responsabilidade do Estado em relação à promoção de boas condições de vida da população, referindo-se, sobretudo, ao acesso a bens e serviços públicos.

As definições de promoção da saúde são diversas e cada uma centraliza sua intervenção num aspecto diferente, dessa forma, uma soma-se a outra dando assim, direção às formas de promoção que são executadas na atualidade. Definições que foram elaboradas nas conferências internacionais sobre promoção da saúde realizadas em países que contribuíram para o aprofundamento de tal modelo. Uma breve cronologia apresentada por Buss (1998) - tabela 1 - demonstra a evolução das discussões nesse campo da saúde pública.

Quadro 1 – Promoção da saúde no mundo	
1974	Informe Lalonde: Uma nova perspectiva sobre a saúde dos Canadenses
1976	Prevenção e Saúde: Interesses para todos, DHSS (Grã-Bretanha).
1977	Saúde para todos no ano 2000, 30ª Assembleia Mundial de Saúde.
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, Declaração de Alma-Ata.
1979	População Saudável/Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, US-DHEW (EUA).
1980	Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/Black Report on Inequities in Health, DHSS (Grã-Bretanha).
1984	Toronto Saudável 2000, Campanha lançada no Canadá.
1985	Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Europeia.
1986	Alcançando Saúde para Todos: um Marco de Referência para a Promoção da Saúde. Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde, I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1987	Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis.
1988	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis, II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália). De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho, Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS).
1989	Uma Chamada para a Ação/A Call for Action, Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento.
1991	Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde. III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92). Declaração de Santa Fé de Bogotá, Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia).
1993	Carta do Caribe para a Promoção da Saúde. I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago)
1994	Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo).
1995	Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim) Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996	Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul) Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma).
1997	Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante, IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)

Fonte: BUSS (1998).

Esses são alguns dos momentos que marcaram, de forma ampla trajetória da promoção da saúde no mundo, porém, convém descrever as principais conferências que abarcaram tal modelo.

A I Conferência Internacional sobre promoção da saúde foi realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, por isso, o tema da conferência foi “Promoção da Saúde nos Países Industrializados” embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor (OPAS, 1986).

A carta de Ottawa foi o principal produto dessa conferência, que define promoção da saúde como

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986, p.1).

A II Conferência Internacional foi realizada em Adelaide, na Austrália, em 1988 e o tema central foi “Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis” que se caracterizava-se pelo interesse e preocupação explícito de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (WHO, 1988).

Para Buss (2000), nesse conceito pode-se identificar a questão da intersetorialidade, bem como a idéia de responsabilização do setor público, não só pelas políticas sociais que formula e implementa, como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e do sistema de

saúde.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsvall, na Suécia, em 1991, teve como tema principal “Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde”, trazendo a causa ecológica como fator de saúde, chamando atenção para as pessoas que vivem em extrema pobreza e ambientes degradados. Segundo a OMS (1991), foi à primeira conferência global a focar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. O tema ambiente para a arena da saúde, não restrito apenas à dimensão física ou natural, mas também enfatizando as dimensões sociais, econômicas, políticas e cultural, referendo-se aos espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer e engloba também as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão (BUSS, 2000).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, em 1997, tinha como tema central “Promoção da Saúde no Século XXI”, é a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. De acordo com a OPAS

A promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos (OPAS, 1997, p. 1)

Outro ponto discutido é em relação aos pré-requisitos para a saúde que segundo a Carta são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde (OPAS, 1997).

A V Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, no ano 2000 e seu tema era, “Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade”, reconhece as responsabilidades dos governos nas políticas de

saúde. Algumas ações foram estabelecidas entre elas, a) Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; b) Assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; c) Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área. Esses planos variarão de acordo com o contexto nacional (OPAS, 2000).

A VII Conferência realizada em Bangkok, na Tailândia, no de 2005, teve como tema “Promoção da Saúde num Mundo Globalizado”, enfatizando principalmente nas ações, compromissos e promessas para abordar os determinantes de saúde no mundo globalizado. Nesse sentido, a promoção da saúde é o processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorar a sua saúde. É uma função central da saúde pública e contribui para o trabalho de enfrentar as doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de outras ameaças à saúde (BVSDE, 2005).

A carta de Bangkok, entre outros aspectos, chama atenção para fatores críticos que atualmente influenciam a saúde, como: aumento crescente das desigualdades dentro dos países e também entre os países; novos padrões de consumo e comunicação; os procedimentos globais de comercialização; mudanças globais no meio ambiente e o processo crescente de urbanização.

Nessa conferência, é expresso que as mudanças globais no meio ambiente e o processo crescente de urbanização são determinantes que podem afetar a saúde humana, sendo bastante positivo para a tomada de decisões dos governos mundiais, pois é necessário pensar as políticas públicas de forma ampla, abarcando outras dimensões como o meio ambiente e o espaço urbano.

No ano de 2009, foi realizada a VII Conferência na cidade de Nairobi, Quênia e tinha como tema “Chamada para a ação”, onde foram discutidos os principais temas em relação as novas práticas de promoção da saúde.

Todas essas conferências tinham como principal objetivo a melhoria nas

condições de vida e ambiente das populações mundiais. Novos aspectos no processo saúde-doença foram incluídos, fazendo o escopo de possibilidades aumentarem em relação a determinantes que poderiam atuar sobre o bem-estar social, e não apenas a ausência de doenças seria a grande busca humana em relação à saúde, mas um ambiente seguro, políticas públicas saudáveis, o empoderamento da comunidade e cidadãos, entre outros na busca de uma equidade nas condições de saúde.

Ao analisar as condições de saúde em nível mundial, as conferências sobre promoção da saúde tratam desde o sistema econômico vigente e suas interfaces na vida humana, até a capacidade dos governos em manterem boas condições de vida às suas populações, no caso específico do Brasil, uma breve contextualização da evolução do tema da saúde apresenta como estão interligadas diversas categorias da vida social.

Na década de 1970, as críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar, eram feitas pelos intelectuais e profissionais que vislumbravam um modelo mais ligado a prevenção e promoção da saúde, uma medicina social. A partir disso, surgem os primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária nas cidades de Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ. Com a intensificação dessas ações o movimento sanitário é criado para trabalhar de forma progressista na saúde pública. Concomitantemente, em 1978, acontece a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária, tendo a declaração de Alma-Ata como resultado maior. Na declaração foi proposto um acordo e uma meta para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000.

A questão política brasileira na década de 1970 até meados da década de 1980, foi caracterizada pela ditadura militar, que iniciou-se anteriormente. Porém, todo o período de repressão, cassação de direitos civis, políticos e a fragmentação e privatização de alguns direitos sociais como educação e saúde, rebatem de forma decisiva no movimento constituído para mudanças na saúde pública nacional.

Após a ditadura, o processo constituinte, com grande participação do movimento sanitário resultou na Constituição Federal (1988), com características de promoção da saúde.

Após grandes vitórias no período de redemocratização política no país, a

saúde entra os anos de 1990 com avanços e retrocessos. Leis orgânicas são elaboradas; conselhos são constituídos para dar vez ao controle social; programas de atenção a saúde da família são modelados levando em consideração a contenção de gastos; normas operacionais para os profissionais da área entram em vigor, mas também a crise econômica que o país “herdou” da ditadura militar, serve como justificativa para uma série de medidas começarem a vigorar no cenário político, econômico e social, todas elas baseadas no neoliberalismo.

O neoliberalismo constitui-se, como já pontuado anteriormente, em ações que visam equilibrar os gastos do Estado. Essas ações se dão, principalmente, na redução do Estado em áreas estratégicas como saúde e os serviços sociais. A privatização é um dos mecanismos mais utilizados para diminuir a “carga” estatal, assim como a precarização dos serviços básicos. Dentro dessa precarização estão os serviços de saúde pública.

Após a exposição de alguns pontos até o fim da década de 1990, das ações de saúde e sua promoção no país, o tabela 2 apresenta essa evolução nas primeiras décadas do século XXI.

Quadro 2 - Promoção da Saúde no campo político
Primeira década dos anos 2000
• Realização da III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, uma iniciativa conjunta da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde e da Universidade de São Paulo. • Início de um novo governo no país, ideologicamente ligado a esquerda, e reformulação da estrutura do Ministério da Saúde. A promoção da saúde foi revista como uma filosofia de atenção. • A Promoção da Saúde passou a integrar a Secretaria de Vigilância à Saúde, em função de algumas mudanças ministeriais, e também dos apelos globais e nacionais à sua contribuição na Prevenção e Controle dos Agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade no país. • Seminário de avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde realizado

no Rio de Janeiro em Abril de 2005.

- Em 30 de Março de 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria 687 MS/GM.

Fonte: SANTOS (João Pessoa, 2016)

Nesse sentido, o Brasil formula sua Política de Promoção da Saúde, aprovada em 30 de março de 2006, em Brasília, tendo como objetivo *“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”*. Seus objetivos específicos estão em consonância com as conferências internacionais, como VII – *Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis*; VIII – *Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais*; XII – *Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade*.

Essa política representa um grande avanço no âmbito brasileiro em relação à promoção da saúde, pois de forma específica, reconhece esse modelo como parte fundamental da busca pela equidade, estimula as ações intersetoriais, além de fortalecer a participação social.

O grupo brasileiro ligado à Promoção da Saúde, constituído por professores de universidades, gestores de programas de alguns estados, continuou se reunindo, sob os conselhos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a maior e mais forte entidade de classe, responsável por estudar e oferecer diretrizes ao governo sobre saúde. No sentido de fortalecer a política, em 2004, o grupo temático de Promoção da Saúde da ABRASCO, elaborou um relatório onde ficaram definidas alguns acordos conceituais de seus participantes.

A Promoção da Saúde, segundo o relatório, “*é uma nova referência paradigmática*” que, retomando e atualizando a agenda interdisciplinar e intersetorial da Reforma Sanitária inspira e impulsiona o movimento social orientado para mudanças no campo da saúde, em pelo menos três planos da determinação social do processo saúde e doença:

- *plano da atenção à saúde, envolvendo esforços de mudança na lógica assistencial e dos modelos de gestão, na direção de neutralizar a hegemonia medicalizante e favorecer a autonomia dos sujeitos;*

- *plano da gestão social de políticas públicas, sobre tudo no nível local, envolvendo ações intersetoriais nas ações e programas, o combate à fragmentação de políticas, motivando o empoderamento dos indivíduos e grupos, assim como a mobilização e integração de organizações governamentais e não governamentais;*

- *plano do desenvolvimento geral da sociedade - envolvendo a defesa do social como precedente e impulsionador do econômico, combatendo a primazia do crescimento econômico em detrimento da distribuição equitativa de bem estar na sociedade; advocacy da saúde como componente relevante do complexo produtivo, numa concepção avançada de desenvolvimento social e não como consumidor insaciável de recursos públicos.” (ABRASCO, 2004, *pág.*)*

A promoção da saúde se apresenta hoje como um dos maiores modelos de atenção à população na saúde pública. De fato, as três esferas do governo são estimuladas a praticar o modelo, seus princípios e diretrizes, pois ao trabalhar com aspectos sociais e ambientais não fragmenta as ações dando uma visão de totalidade ao socioambiental.

Para Korb e Claro (2009) a promoção da saúde é respaldada por propostas oficiais que reconhecem os aspectos biopsicossociais que envolvem o processo saúde/doença e a ampliação da capacidade das comunidades em perceberem os fatores condicionantes da saúde.

CAPÍTULO 2: COMPREENDENDO OS DETERMINANTES DA SAÚDE A PARTIR DA INDUSTRIALIZAÇÃO

2.1 Estado e Desenvolvimento Industrial

Um grande número de autores e livros retrata a instituição Estado, analisando-o nos diversos períodos históricos e nas suas diversas compreensões, enfatizando aspectos: econômicos, sociais, filosóficos e sociológicos. Vários são os estudos clássicos ou não, (NETTO, 1992, PAULA, 2016, MONTANO, 2012) que trabalham os conceitos de Estado. O filósofo Friedrich Engels (1848) descreve em uma de suas passagens que [...] *o poder de Estado, mal nasce e já se torna independente da sociedade tanto mais porque se torna principalmente o organismo de certa classe, fazendo prevalecer diretamente a dominação dessa classe.*” Nota-se a vinculação do poder de Estado com uma determinada classe e essa classe pode ser vista na clássica definição de Marx (1998) que [...] “o executivo do Estado moderno não é mais do que um comitê para administrar os negócios coletivos de toda a classe burguesa.” Neste trecho fica explícito, a classe à qual os pensadores estão se retratando, a burguesa, a que detém os meios de produção, oprimindo as demais classes.

A concepção de Estado aqui considerada é embasada na teoria marxista, já que a mesma demonstra que a intervenção do Estado é voltada para os interesses da classe dominante, seguindo os interesses econômicos desta. As análises também enfocaram a indústria num papel central no modelo de desenvolvimento implementado, particularmente a ideia da predominância na política dos interesses da indústria que acarretou inúmeros problemas ao homem e a natureza.

O Brasil, na década de 1950, inicia o processo de industrialização baseada na lógica desenvolvimentista, uma política econômica do chamado “nacional-desenvolvimentismo”, fundamentada na participação ativa do Estado (principalmente a partir da Era Vargas) para criar as condições de atração do capital estrangeiro e para o desenvolvimento tecnológico do país (responsável pela produção de insumos de primeira ordem como aço, combustível). Política

alicerçada no crescimento da produção industrial e da infraestrutura que viriam a possibilitar o desenvolvimento socioeconômico, particularmente devido a geração de emprego. No entanto, os altos índices de concentração de renda e dos danos à natureza embasaram a discussão sobre a viabilidade desse modelo de desenvolvimento.

Silva (1981) demonstra que a industrialização (urbano-industrial) era apresentada como a fórmula milagrosa, capaz de gerar o desenvolvimento, inclusive para o setor agrícola (campo) que representava o símbolo do atraso e que deveria ser trabalhado para incorporar a modernização e melhorar sua posição na economia. Os fundamentos para essa afirmação podem ser encontrados no modelo dualista de Lewis (1970) que supõe a existência de dois setores, um de subsistência e outro capitalista, como explica Silva (1981).

No setor de subsistência haveria uma oferta ilimitada de trabalho com produtividade marginal ínfima, nula ou mesmo negativa, onde os salários gravitariam em torno do nível de subsistência. O setor capitalista, dinâmico, seria a fonte do crescimento da economia como um todo. Ali os salários deveriam estar um pouco acima do nível de subsistência, o suficiente para incentivar transferência de mão-de-obra. (LEWIS apud SILVA, 1981, p 20)

Essa lógica enfatizada por Lewis (1970) foi analisada por Marx (1971), como sendo um dos processos que cria o sistema capitalista, pois [...] *“a expropriação e a expulsão de uma parte da população rural libera trabalhadores, seus meios de subsistência e seus meios de trabalho, em benefício do capitalista industrial e, além disso, cria o mercado interno”*.

A partir dessa constatação, Layrargues (1998) indica que a industrialização era uma forma antiga de solucionar problemas econômicos em geral e do trabalho. Mesmo com o aumento do setor de serviços, do número de autônomos, a indústria continua considerada como fator chave de qualquer economia, apoiada pelo Estado. Porém, as críticas a esta concepção expressam duas posições: uma alerta sobre os aspectos determinantes e os limites do crescimento e a disponibilidade limitada dos recursos naturais. A segunda coloca a questão ambiental como uma invenção dos países desenvolvidos para frear o desenvolvimento do terceiro mundo, apostando que

o aumento da renda *per capita* puxaria a discussão sobre deterioração ambiental.

Layrargues (1998) coloca que o Brasil alavancou seu processo de desenvolvimento com a instauração da política de substituição de importações, isto é, com um processo que procedeu da transição da importação de produtos industrializados pela produção interna, ocorrida num contexto da “modernização conservadora”, a partir de 1945. Esta teve como pilar de sustentação e associação entre o Estado, detentor tradicional do poder econômico e político, e a elite empresarial do país, com o primeiro negociando com a segunda e apoiando o projeto de modernização em troca da manutenção dos históricos privilégios adquiridos.

Nesse processo o Estado brasileiro saía de uma ditadura instituída por Getúlio Vargas (1937 – 1945) transitava para uma “modernização conservadora” em termos econômicos e políticos. Dessa forma, o então presidente Juscelino Kubitschek (1956 – 1961) começa uma corrida rumo ao “desenvolvimento” e à estabilidade, assumindo a responsabilidade de lançar o país na economia mundial.

A ditadura militar foi instalada no ano de 1964 e se estendeu por duas décadas, que além da forte repressão e do descumprimento de direitos políticos, civis, humanos e sociais, constituiu a entrada do país no capital internacional e no desenvolvimento que parecia ilimitado, vinculados aos grandes projetos de infraestrutura.

Algumas funções econômicas do Estado na fase monopolista, próprias desse período, marcaram sua intervenção mais direta e indireta. Caracterizaram as intervenções diretas as ações junto aos empresários nos setores básicos não rentáveis, as assunções para controle de empresas capitalistas em dificuldades, as entregas aos monopólios de complexos construídos com fundos públicos. Além das intervenções que constituíram garantia explícita de lucro pelo Estado. E constituídas pelas ações indiretas são as encomendas/compras do Estado aos grupos monopolistas, os subsídios indiretos, os investimentos públicos em meios de transporte e em infraestrutura. Além das preparações institucionais da força de trabalhos e dos gastos com pesquisas e investigações (NETTO, 2012).

Nesse contexto, o Estado para adequar-se à nova realidade econômica e prosseguir na determinação do domínio tecnológico a qualquer custo, necessitou integrar-se aceleradamente à globalização do mercado no sistema neoliberal.

Para que essa integração acontecesse foi necessário ceder sua soberania econômica, isto é, retirar-se do controle econômico do processo produtivo que passou a ser gerido pelas grandes corporações transnacionais, capazes de buscar mais lucratividade que o setor público. Mesmo que a história contemporânea venha mostrando que o crescimento exponencial pode ser perverso e que o sistema que se transforma para a resolução dos problemas causados pelos malefícios do capital sejam mais questionados pela sociedade.

Quando o setor empresarial, notadamente as corporações transnacionais, adquire o poder econômico necessário para colocar seus projetos em execução e para implementar o processo de transformação global no sentido de internacionalização da economia, o Estado, devido às sérias dificuldades em tomar decisões soberanas, de acordo com suas políticas de governo, esgota sua função de regulação econômica e fragiliza o controle do poder político. Dessa forma, passa a ser manipulado pelos interesses dos novos detentores do poder econômico (LAYRARGUES, 1998).

Quando estudos (MOTA, 2012; IAMAMOTO, 2007; PASSET, 2002) continuam alertando sobre os ajustamentos nessa chamada nova ordem mundial, na qual a globalização da economia transparece como evidência da transformação operada no seio do capitalismo: a invisível transição da fase liberal para a neoliberal, advogando uma nova doutrina de retirada total do Estado naquilo que se refere à regulação da economia nas sociedades industrializadas de consumo.

A promessa neoliberal exige a retirada do Estado do controle econômico, até mesmo do estímulo à competitividade empresarial, ao contrário do que outrora postulava a retórica liberal (OLIVEIRA, 1994). Assim, toda uma estratégia foi articulada para retirar do papel do Estado brasileiro na atuação comprometida com a livre-iniciativa empresarial, transferindo para o mercado a

liberdade de ação requisitada, buscando na clássica fórmula da mão invisível da oferta e da procura, a instância reguladora da sociedade.

Netto (1993) acrescenta que as condições propícias às ofensivas neoliberais recolocam o mercado no lugar do Estado, possibilitada esta pela crise do socialismo ocorrida simultaneamente com a crise do Welfare State, que colocaram em xeque o Estado como indutor do crescimento econômico e de promotor do bem-estar social.

A instalação de empresas transnacionais durante as décadas de 1960 até meados da década de 1980 fez nascer um amplo parque industrial no Brasil que, apesar de promover o milagre econômico brasileiro, logo fez sentir as consequências ambientais imediatas do desenvolvimento baseado no industrialismo. O chamado milagre econômico foi um período de crescimento econômico no país em pleno estado ditatorial.

Modelo de desenvolvimento predatório, pois poluía o ar, o solo e as águas e seguia continuamente degradando a qualidade de vida das comunidades mais próximas das instalações industriais nos principais centros urbanos. A partir disso, um incipiente movimento ecológico surge contra os efeitos negativos do desenvolvimento industrial e, a partir daí, instaura-se uma visão dicotômica a respeito da relação entre desenvolvimento e meio ambiente (LAYRARGUES, 1998).

Durante esse período, meio ambiente e desenvolvimento foram considerados como duas realidades antagônicas, e não duas faces de um mesmo processo, não complementares. Mas acreditava-se, a partir das teorias econômicas em voga, que para haver o crescimento da economia – interpretado como sinônimo de desenvolvimento – seria necessário poluir, e não havia outra saída (IDEM).

A ecologia – como se dizia na época – foi entendida como uma espécie de freio que se colocava diante do crescimento econômico, um custo a mais que haveria de ser suportado, mas que, aos olhos dos desenvolvimentistas, só deveria ser acionado quando o país atingisse a liberdade do pleno desenvolvimento econômico. Interpretações consideradas como de pouca expressividade. A exemplo da poluição que deveria ser tratada quando os problemas do subdesenvolvimento fossem sanados. Esse era o preço a pagar

para o país sair da condição de subdesenvolvido e adquirir sua autonomia tecnológica (LAYRARGUES, 1998).

E, dessa forma, o setor empresarial, considerado desde então como o principal agente do desenvolvimento, foi acusado pela emergente comunidade ambientalista de ser o vilão da ecologia, acompanhado pelo Estado, que mostrava-se incapaz de implementar um ágil e eficiente sistema de controle e de fiscalização da poluição industrial e do gerenciamento dos recursos naturais. Deriva daí a primeira concepção empresarial que se fez de meio ambiente: uma imagem negativa.

Uma afirmação de Gomes (1988) salienta que entre as décadas de 1960 e 1980 era bastante claro que na prática, os denominadores do espaço capitalista não conseguiram conciliar o desenvolvimento econômico com a preservação da natureza, nem com a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Nesse contexto da industrialização e de sua articulação com o Estado, como também a partir do fim da II Guerra Mundial (1945), Milton Santos (2008) acrescenta um conceito para retratar esse período o chamando de técnico-científico. Momento de lançamento da semente da dominação do mundo pelas firmas multinacionais, preparando os espaços mundiais para uma nova aventura que, na escala mundial, só iria frutificar plenamente trinta anos depois.

Mesmo com a consolidação do crescimento econômico sem respeito ao ambiente, um modelo de desenvolvimento baseado em valores éticos de convivência entre homem e natureza começa a ser pensado por grupos e instituições. Nesse período, pós II Guerra Mundial, que a industrialização é alavancada a nível internacional, alguns Estados e a comunidade científica começam a analisar a relação entre o ser humano e meio ambiente. Nesse contexto é realizada a primeira grande conferência sobre o assunto, estruturada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1972 na Suécia, ficando conhecida como Conferência de Estocolmo.

Passos (2009) afirma que essa foi a primeira Conferência global voltada para o meio ambiente e, como tal, é considerada um marco histórico político internacional decisivo para o surgimento de políticas de gerenciamento ambiental, direcionando a atenção das nações para as questões ambientais.

A Declaração sobre o Ambiente Humano, resultante da Conferência, lista vinte e sete princípios a serem seguidos e proclama sete atos que devem ser pensados e colocados em práticas. Os pontos causaram muitas divergências e entendimentos diferenciados. Um dos que mais chama atenção é o que trata sobre as condições de países subdesenvolvidos e os chamados industrializados. Colocando que os primeiros tem problemas ambientais decorrentes desse subdesenvolvimento e os segundos tem excessos de indústrias e tecnologias. Sendo assim, os países subdesenvolvidos não poderiam – ou deveriam – se industrializar para não agravar essa problemática. E os considerados desenvolvidos diminuiriam sua industrialização para atenuar os problemas ambientais. Essa lógica foi fortemente combatida pelos países em desenvolvimento que queriam alcançar o status de “desenvolvido”.

A partir dessa Conferência outro conceito foi desenvolvido, o de Ecodesenvolvimento. Pensado primeiramente por Maurice Strong, em 1973, que consistia no estilo de vida, adaptado às áreas rurais de países do chamado Terceiro mundo, baseado na utilização criteriosa dos recursos naturais. Posteriormente, o economista Ignacy Sachs, em 1974 desenvolveu conceitualmente o ecodesenvolvimento. Sachs elenca três pilares para esse modelo: eficiência econômica, justiça social e prudência ecológica.

Para Layrargues (1997) o ecodesenvolvimento representa uma abordagem ao desenvolvimento cujo horizonte temporal coloca-se décadas ou mesmo séculos adiante. Entende que a satisfação das necessidades das gerações futuras deve ser garantida, isto é, deve haver uma solidariedade diacrônica sem que, no entanto, comprometa a solidariedade sincrônica com a geração presente, por demais sacrificada pelas disparidades sociais da atualidade.

Entre as condições para tornar o conceito operacional, destaca-se a necessidade do amplo conhecimento das culturas e dos ecossistemas, sobretudo, como as pessoas se relacionam com o ambiente e como elas enfrentam seus dilemas cotidianos, bem como o envolvimento dos cidadãos no planejamento das estratégias, pois, sobretudo, eles são os maiores conhecedores da realidade local.

Como nos países subdesenvolvidos as defesas eram frágeis, o peso da ideologia do crescimento e a correspondente atração pelo desenvolvimento industrial apontada como panaceia das necessidades do consumo interno e o imperativo de afirmar o Estado sobre a nação e a indispensabilidade de um comando eficaz sobre o território, era muito mais importante. Embora argumentos de peso fossem exclusivamente ideológicos a adaptados ao modelo capitalista internacional torna-se mais requintada. E a respectiva ideologia de racionalidade e de modernização a qualquer preço ultrapassa o domínio industrial, e impõe-se ao setor público e invade áreas até então não tocadas ou alcançadas somente indiretamente. Como a manipulação da mídia, a organização e o conteúdo do ensino em todos os seus graus, a vida religiosa, a profissionalização, as relações de trabalho, etc (SANTOS, 2008).

Concomitantemente, apesar da industrialização, o Brasil conserva uma séria condição de subdesenvolvimento, muitas vezes, agravadas pelo crescimento econômico. A saber, disparidades regionais pronunciadas, enormes desigualdades de renda e uma crescente tendência ao empobrecimento das classes subprivilegiadas, a despeito do aumento do Produto Nacional Bruto e do Produto Nacional *per capita*. A política de crescimento estimula progressivamente a produção de bens capital, para os quais não existe mercado interno.

O Estado, portanto, é compelido a adotar uma política de grande potência, que favorecia as maiores empresas em detrimento da população, que cada vez mais ficava empobrecida. Nesse período ocorre uma grande ruptura, importantes capitais fixos são adicionados ao território, em dissociação com o meio ambiente e com a produção. O capital comanda o território e o trabalho, tornado-o abstrato, representando um papel indireto. Por isso as diferenças regionais passam a ser diferenças sociais e não mais naturais (SANTOS, 2008).

2.1.1 A expansão da indústria brasileira

Segundo Moreira (2003) a industrialização se deu no Brasil na forma da substituição de importações. Um modelo industrial com três características principalmente, considerado o tema ambiental. Primeiramente, desenvolvem-se

basicamente os ramos destinados a suprir a demanda da elite e da classe média, vale dizer, da população dotada de renda para consumo no mercado.

Segundo, mobilizam-se capitais em montante capaz de oferecer respostas imediatas à necessidade de produção em volume esperada, o que faz a indústria acompanhar a estrutura monopolista existente, nascendo fortemente concentrada, em termos de ramos e empresas.

A última característica expõe que condicionam-se todos os setores existentes a uma forma de vinculação com o ramo-base do regime de acumulação posto a serviço dos lucros oligopólicos, em particular a agropecuária, a energia e a circulação, predeterminando-os como modelos. Essas três características expressam a lógica do mercado (MOREIRA, 2003)

É na vigência do espaço dos grandes projetos que o Brasil conhece seus grandes problemas de meio ambiente. Por grandes projetos entendemos a política de ocupação e de organização do espaço através de investimentos em obras de infraestrutura de ampla escala territorial, implementadas a partir de pontos estrategicamente localizados no espaço nacional (VAINER; ARAÚJO, 1992).

Vinculados a um ramo determinado, como de uma usina hidrelétrica ou de uma grande rodovia, os polos dos grandes projetos são os pontos de uma rede que cobre e articula as áreas do país como partes de um projeto de desenvolvimento nacional global, cujo comando está nos centros de referência do ordenamento do espaço nacional como um todo (VAINER; ARAÚJO, 1992).

Portanto, de acordo com ou autores, os setores, organizados em termos de modelos, os ditos modelos agrícolas, modelo energético, modelo de circulação, modelo urbano, reprodutivos da lógica intrínseca que preside o modelo industrial e todos os vetores da desarrumação socioambiental do espaço brasileiro.

O espaço-contexto onde os problemas ambientais brasileiros se dão e de onde retiram o seu sentido e valor relativo é o espaço criado pelo modo de desenvolvimento industrial brasileiro. Este filho da técnica da segunda revolução industrial, com centralidade fabril de um capitalismo avançado, produtor-realizador da mais valia-relativa e da industrialização substitutiva de

importações, apresenta características estruturais. Características que se tornam espaciais, determinando o modelo espacial brasileiro (IDEM).

Quando retratados os principais modelos de desenvolvimento da indústria ou seu conjunto, Moreira (2003) descreve bem cada efeito sobre o meio ambiente e a população.

Começa com a indústria de bens intermediários e escreve que,

[...] é uma espécie de fio vermelho da degradação do meio ambiente no Brasil, dado o papel a ela reservado pelo modelo industrial na constituição e ordenamento do espaço global brasileiro. Sob certa medida, quando se acusa a indústria de vilão do meio ambiente, é à modelização do setor de bens intermediários pelo modelo do desenvolvimento industrial que a crítica está se referindo. Chama-se indústria de bens intermediários aos ramos da indústria metalúrgica (incluindo-se a siderurgia), não-metálicos, química, papel e celulose. Ramo presente em cada fase do processo do desenvolvimento industrial brasileiro, a indústria de bens intermediários atua em cada uma como protagonista, jamais formando uma fase própria (MOREIRA, 2003, p. 13).

Continuando sua análise descreve que juntamente com os bens intermediários o modelo energético soma-se como grande vilão do meio ambiente. Esse modelo, caracterizado nas usinas hidrelétricas, devasta matas e rios e as comunidades. Como as indígenas e as camponesas que são vítimas em potencial.

Outro modelo apresentado é o dos transportes. Base importante desse (des)ordenamento do espaço é o sistema de transportes que nasce da necessidade da interligação do centro com a periferia. Acrescenta que longas fitas de cimento vão assim rasgando as áreas de campos, de cerrados e de florestas, para abrir uma multidão de caminhos vicinais e picadas para o coração desses biomas. Um tipo de novo povoamento no conjunto que vai levar uma devastação acelerada e em grande escala dessas formações vegetais, ordenando o novo espaço ao mesmo tempo em que degradam o meio ambiente (MOREIRA, 2003).

O autor acrescenta o modelo urbano, materializado nas cidades integrante da degradação do meio ambiente, como criado pela indústria brasileira. Expressando a um só tempo a estrutura oligopólica e a modernização gerada pela industrialização do campo, as cidades brasileiras se

metropolitanizando rapidamente. Mais de oito delas ultrapassaram a cota de um milhão de habitantes, em pouco tempo. O caos urbano é instaurado com a crescente especulação imobiliária que fez dos espaços urbanos sinônimo de espaço desordenado e degradado ambientalmente (KOWARICK, 1979).

As alterações aconteceram em vários pontos do país, mesmo a industrialização sendo pensada inicialmente para determinados lugares. Processo que na indústria brasileira pode ser chamado de concentração/desconcentração, tanto das indústrias como dos investimentos estatais.

Diniz e Crocco (1996) apontam que nos países de industrialização recente, após um histórico processo de concentração industrial, em um número limitado de cidades ou metrópoles dominantes, ocorreram nas últimas décadas o enfraquecimento dos processos de polarização, com a emergência de áreas industriais e de rápido crescimento das cidades de porte médio ou pequeno.

No caso brasileiro, as primeiras indústrias concentraram-se na região Sudeste, especificamente, em São Paulo e no Rio de Janeiro. O rápido processo de desconcentração regional da indústria foi registrado a partir da década de 1970, fundamentalmente determinado por um conjunto de variáveis,

Os efeitos dos aumentos dos custos e da reversão da polarização das áreas metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo; o desenvolvimento da infra-estrutura e seus efeitos na unificação do mercado e na criação de economias de urbanização em várias outras cidades ou regiões; o papel da política econômica em termos de investimento estatal produtivo direto e os incentivos fiscais regionais; o papel dos recursos naturais, através do impacto das fronteiras agrícola e mineral (DINIZ; CROCCO, 1996, p. 80).

Esses autores pontuam outros fatores que também se somam a essas variáveis, o crescimento da infraestrutura econômica contribuiu para o processo de desconcentração industrial. Transportes, energia e telecomunicações alargaram e unificaram o mercado brasileiro, facilitando a localização industrial em novas áreas ou regiões. Outro ponto que estimulou a descentralização industrial foi uma forte intencionalidade da política econômica, com a ocorrência de investimentos diretos das empresas de controle acionário do Governo Federal e de fortes incentivos fiscais nas Regiões Nordeste e Norte do país.

As áreas industriais, dispersas no restante do território nacional, ou que fazem parte de antigas áreas vinculadas a uma grande concentração populacional, em regiões de ocupação antiga, nasceram e se desenvolveram nas últimas décadas à base de recursos naturais, inclusive agrícolas, ou aos sistemas de incentivos fiscais regionais.

O desenvolvimento do capitalismo numa formação socioeconômica como a do Brasil, marcada por disparidades, ampliou a dimensão e a diversidade da questão social. Para Alcantara (2013) o capital encontra nos países menos desenvolvidos legislações ambientais e trabalhistas menos rigorosas, ao lado de um aparato institucional mais frágil, para efetivar a vigilância necessária para fazer valerem as políticas consensuadas. Além dos trabalhadores e da população encontrarem-se em condições mais precarizadas, que os leva a “aceitar qualquer coisa” em troca de uma fonte de renda.

A partir dos anos de 1990 o processo de reestruturação produtiva e o neoliberalismo acentuaram a destruição do meio ambiente em escala global. Os problemas socioambientais foram ganhando expressividade no processo de desenvolvimento sociopolítico e econômico, tanto na esfera mundial quanto na esfera local.

Novas práticas, repaginadas, se apresentam na perspectiva de solucionar velhos problemas. Pode-se citar o chamado neo-desenvolvimentismo, acreditando ser o desenvolvimentismo da década de 1930 atualizado para os dias atuais. Essa ideologia do Estado, pensada para ajustes na economia, é segundo Castelo (2012), estratégia de desenvolvimento alternativo “cujo principal objetivo é delinear um projeto nacional de crescimento econômico combinado com uma melhora substancial nos padrões distributivos do país”. Deve-se entender que esse crescimento econômico se daria pela industrialização de grandes áreas, com grandes projetos públicos e privados onde a geração de emprego e renda apontaria para a melhora nas condições distributivas do país, como bem diz o autor.

O Estado configurado nessa ideologia neo-desenvolvimentista, carrega várias formas de agir, próprio desse pensamento que tenta unir crescimento econômico e desenvolvimento social. Contudo, o que também se apresenta é

mais uma ofensiva do capital e seus “tentáculos” configurados nas empresas transnacionais. Sobre isso Mota, Amaral e Peruzzo (2012) analisam que,

[...] no tempo presente, o que se apresenta na conjuntura é o fato de que o discurso dos estados nacionais autônomos sucumbe às investidas das empresas transnacionais que executam projetos de desenvolvimento nas regiões do continente, ampliando a dilapidação do meio ambiente, mercantilizando recursos naturais e minerais, expulsando os povos originários das suas propriedades. Em contrapartida, as ditas corporações financiam projetos sociais ou pactuam com Organizações Não Governamentais (ONG) e fundações de direito privado as ações de sustentabilidade socioambiental na tentativa de compensar a destrutividade ambiental e social dos seus empreendimentos. (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2012, pág. 161).

Essa é uma importante citação para visualizar o quanto o Estado não resiste às forças dos grupos que representam os monopólios e os mesmos degradam qualquer espaço e, em troca, desenvolvem ações pontuais para tentar o apoio da sociedade. No Brasil acontece em diversas regiões e estados, pois a necessidade de mão de obra barata, um arcabouço legislativo até avançado se comparado com outros países, mas de fácil alteração, com incentivo do Estado, são terras férteis para esses investimentos crescerem e gerarem seus lucros, sem os repartir com os demais.

Pode-se inferir que o Estado e a indústria no Brasil mantêm uma relação intrínseca. Para fortalecer suas bases o Estado usa a indústria em suas diversas configurações e diversos espaços, alterando muitas vezes, territórios, comunidades e o meio ambiente. Com isso, muitos problemas podem ser evidenciados ou negligenciados por algum tempo, levando a efeitos na saúde da população em curto, em médio e em longo prazo, aumentando os índices de morbimortalidade.

Muitos fatores podem determinar as consequências dos principais problemas do processo saúde-doença que devem ser trabalhados na perspectiva de integração das suas causas que surgirem de intervenções humanas sobre o meio ambiente e seus ciclos naturais.

2.2 Desenvolvimento econômico e os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde

As alterações produzidas pelo movimento no país em busca de uma resposta ao “subdesenvolvimento”, por meio da industrialização maciça, provocou mudanças econômicas, sociais, culturais e ambientais. Logo, conclui-se que impactos foram gerados e afetam a saúde humana. Os chamados passivos ambientais dos processos produtivos ganham visibilidade por inúmeros grupos ligados ao setor saúde e, assim, tornou-se fundamental a discussão sobre esses novos aspectos também conhecidos como determinantes sociais da saúde (DSS).

Os estudos dos determinantes e sua relação com mudanças no setor da economia e seus impactos na saúde da população derivam de séculos atrás. Logo após a revolução industrial na Inglaterra no século XVIII, Engels escreve seu livro *A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra*, Londres, de 1845. Nele o autor observa que deveria haver uma mudança do modo vigente de produção, na maneira de amenizar os problemas oriundos da revolução industrial. Isso porque, nas suas análises, o autor relacionou classe social – nesse caso a classe trabalhadora inglesa – e diferença em saúde e morbidade (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2003).

No século XIX, segundo Martins (2010), acontecem muitos avanços na medicina e no campo da saúde em geral e surgiram epidemiólogos importantes que, em sua maioria, acreditavam nas condições socioeconômicas com importantes efeitos sobre a saúde e a doença, e que essas relações mereciam e deveriam ser investigadas cientificamente.

Nas últimas décadas do mesmo século, o trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, afirmavam um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença, como por bactérias e por vírus.

A partir dessas concepções algumas divergências surgiam e acarretaram profundas mudanças no que se chama saúde pública. Sobre esses conflitos estavam presentes algumas questões relacionadas à saúde.

Deve à saúde pública tratar do estudo de doenças específicas, como um ramo especializado da medicina, baseando-se fundamentalmente

na microbiologia e nos sucessos da teoria dos germes ou deve centrar-se no estudo da influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? Outras questões relacionadas: a saúde e a doença devem ser pesquisadas no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fábricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros? (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2003, p. 79).

Essas questões que na atualidade obtiveram muitas respostas, permeavam na época os discursos e as ações do sistema de saúde. Observou-se, com o tempo, que uma interação entre os mais variados aspectos - sejam eles biológicos, econômicos, sociais e ambientais - influenciam na saúde e doença humana. Sendo necessário trabalhar cada um seus possíveis impactos.

O século XX foi importante para o entendimento do processo saúde-doença e suas determinações sociais para o desenvolvimento. Inúmeros trabalhos (BUSS, 2000; PELEGRINI FILHO, 2004; SOUZA, GRUNDY 2004) associaram o termo promoção da saúde com condições de vida e, mais ainda, relacionaram o meio social com morbidade e com mortalidade. E também a relação da saúde com fatores psicossociais (DOWBOR, 2008).

O vocabulário dos “determinantes sociais da saúde” (DSS) passou a ser utilizado amplamente a partir de meados dos anos 1990. Tarlov (1996) foi o primeiro a empregar o termo de forma sistemática. Tarlov (1996) identificava quatro categorias de determinantes de saúde: fatores genéticos e biológicos; atenção médica; comportamento individual; e as “[...] características sociais dentro das quais a vida se dá”. Entre essas categorias, ele argumentava que “[...] as características sociais predominam”. (CDSS, 2009).

A Secretaria técnica da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde³ enfatiza a ideia dos determinantes sociais e sua relação com as iniquidades em saúde relacionadas às formas de organização da vida social.

Em meados do século XIX, Virchow entendia que a “ciência médica era intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exerciam efeitos importante sobre a saúde e a doença e que tais

³ A Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS-OMS) foi criada em março de 2006. Tendo por objetivo: promover estudos sobre os DSS, recomendar políticas para a promoção da equidade em saúde e mobilizar setores da sociedade para o debate e posicionamento em torno dos DSS e do enfrentamento das iniquidades de saúde.

relações deveriam submeter-se à pesquisa científica. Para o autor, o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.

A definição da referida comissão é que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Essa definição inclui um leque de fatores que interagem no processo saúde-doença. A compreensão que uma saúde de qualidade perpassa por condições de moradia, trabalho, educação, entre outros, incide de maneira decisiva nas preposições de respostas aos problemas. A Organização Mundial da Saúde tem um conceito mais conciso, pois acredita que os DSS são as condições sociais em que os indivíduos vivem e trabalham (OMS, 2005).

O conceito de Raphael (*apud* Martins, 2010) é que os DSS são:

[...] condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos, das comunidades e jurisdições como um todo. Determinantes sociais da saúde determinam também se os indivíduos se mantêm são ou se tornam enfermos. Determinantes sociais da saúde também determinam a extensão em relação a qual uma pessoa possui os recursos físicos, sociais e pessoais para identificar a alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente. Determinantes sociais da saúde relacionam-se com a quantidade e qualidade de uma variedade de recursos que uma sociedade torna disponível aos seus membros (RAPHAEL *apud* MARTINS, 2010, p. 42).

Estudos buscam entender os mecanismos dos DSS que provocam as iniquidades sociais. Buss e Pellegrini Filho (2003) destacavam que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.).

A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações

entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2003, p.6).

Retirando o foco de muitas ações conhecidas de adoecimento, como os agente biológicos, diversas causas são consideradas nesse conceito que destaca o conhecimento da desigualdade gerada pelo sistema econômico vigente e suas principais intervenções no meio social e ambiental acarretando a depreciação da saúde. Existem também enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos.

Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, isso quer dizer, das relações de solidariedade e de confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo, através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Buss e Pellegrini Filho (et al) exemplificam que países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2003).

O Brasil configura-se como um país altamente desigual, mas também conhecido por ser um país de solidariedade entre pessoas e grupos. Esse paradigma quando analisado mais de perto coloca a solidariedade dos grupos como não ultrapassando as classes sociais, quer dizer, de uma classe para outra a solidariedade é nula ou consiste em gestos de caridade pontual. Sendo assim, esse “capital social” é uma ilusão em termos macro já que na mesma classe é possível observar algum tipo de ajuda mútua entre as pessoas.

Com o passar do tempo, as teorias sobre os determinantes sociais ganham força, recebendo conceitos e comissões, mas também é possível notar

que os ligados ao meio ambiente parecem ser secundários, faltando discussão mais concreta sobre os aspectos ambientais. Essa questão é percebida e avançou pela necessária colocação dos dois determinantes lado a lado.

Camello *et al* (2009) apresentam uma série de fatores ambientais que podem significativamente incidir no estado de saúde e da doença de uma pessoa. Primeiro a autora divide os fatores ambientais em naturais e artificiais. Os fatores ambientais naturais seriam: localização, relevo, hidrografia, solo, clima, vegetação e fauna. Os fatores ambientais artificiais seriam todas as condições e elementos artificialmente implantados que, remota ou proximamente, possam contribuir para gerar doenças por sua presença ou ausência, ou por seu excesso ou falta.

Os fatores ambientais artificialmente criados pelo homem e que, em situações específicas, causam doenças são: modificação ou destruição da paisagem natural; emissão de poluentes ambientais; manifestação errônea, emprego incorreto e uso abusivo e/ou indiscriminado de agrotóxicos; contaminação de alimentos por agentes microbiológicos, químicos e radiativos; introdução de aditivos químicos em alimentos industrializados; restrição na quantidade e na diversificação de alimentos disponíveis. Além dos tipo de habitações; das organizações dos espaços humanos; das condições adversas do local de trabalho (CAMELLO *et al*, 2009).

Estudos reconhecem a importância da qualidade ambiental e dos serviços prestados pelos ecossistemas como provisão de alimentos, de água e de combustíveis, a regulação do clima e de doenças, os serviços recreativos e culturais, entre outros, são fundamentais para alcançar a saúde e o bem-estar. Os ecossistemas são os sistemas de suporte à vida no planeta para a espécie humana e para todas as outras formas de vida, portanto, os bens e os serviços dos ecossistemas são as bases fundamentais da vida e da saúde, embora, para as sociedades modernas, essa dependência possa ser indireta, deslocada no tempo e no espaço e, portanto, pobremente reconhecida (SOBRAL; FREITAS, 2010).

2.2.1 Modelos e propostas de resolução para os determinantes sociais e ambientais

As abordagens sobre os determinantes sociais da saúde e do ambiente ganham novas perspectivas com o modelo de Dahlgren e Whitehead, (Figura 1) estudiosos que acrescentaram variáveis não ligadas aos aspectos clínicos.

Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Sobral, Freitas (2010, p. 5)

O modelo apresentado na figura representa um salto nas considerações sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, pois cada camada tem seus aspectos próprios e, ao mesmo tempo, encontram-se conectadas por algum motivo.

Na primeira camada estão os determinantes como a idade, o sexo e os fatores hereditários. Esses interagem, de forma direta, no âmbito individual. A segunda camada de determinantes é constituída pelos estilos de vida dos indivíduos, como a prática de exercícios físicos, o hábito de fumar e de beber. Esses estão numa linha entre escolhas pessoais e os determinantes, pois os comportamentos escolhidos por cada pessoa interferem em seu estado de saúde.

Num nível intermediário estão as redes sociais e comunitárias. A palavra que pode marcar esse nível é a coesão social, como foi dito anteriormente,

considerando que quanto mais solidária uma sociedade menos haverá problemas relacionados à saúde. Também se pode considerar a questão da segurança, dos serviços sociais e o lazer.

A penúltima camada composta por inúmeros determinantes onde cada um pode se desenvolver só ou em conjunto, além de estarem ligados a ações em muitos aspectos e níveis. A produção agrícola e de alimentos está inserida nessa camada, pois dependendo dessa produção, dos materiais utilizados, da forma de armazenamento, de conservação e de distribuição, podem afetar a saúde em curto, médio e longo prazo. A utilização de agrotóxicos na agricultura pode acarretar desde infecções até cânceres. A conservação em ambientes insalubres e em temperaturas inadequadas também poderá contribuir para que os alimentos fiquem inapropriados para consumo.

O acesso à educação de qualidade pode ser definidor na redução das iniquidades em saúde, considerando que quanto maior o nível educacional maior a chance de resolução dos problemas e também de possíveis sugestões para o enfrentamento das questões.

O ambiente de trabalho pode configurar-se como um ambiente de exposição a riscos. Além dos riscos diretos como maquinaria, processos produtivos, existem os que são considerados subjetivos, aqueles ligados ao comportamento, ao estresse e a depressão.

Nesse momento de transformações no mundo do trabalho operadas pelo capitalismo, o sofrimento causa uma exacerbação de inúmeras patologias ligadas a essas transformações relacionados ao fenômeno do desemprego.

Água, esgoto e habitação são um dos determinantes socioambientais da saúde que mais expressam as fragilidades tanto no nível governamental quanto no nível individual.

O Brasil ainda não conta com elevados números de redes saneadas, o esgoto corre a céu aberto levando dejetos e outras impurezas. Não existe uma coleta de lixo adequada, assim como o descarte desses resíduos são considerados inapropriados. O acesso à água potável pode ser um problema para milhares de pessoas e a contaminação por organismos, causadores do adoecimento, engrossa as filas dos sistemas de saúde. As precárias formas de

habitação e suas localizações também estão entre os determinantes socioambientais da saúde.

Na última camada do modelo de Dahlgren e Whitehead estão os determinantes considerados macrossociais, condições socioeconômicas e culturais, além das ambientais gerais. Nessa parte está contida todas as grandes mudanças relacionadas à sociedade e sua economia, as formas culturais e extensivas mudanças no meio ambiente.

Buss (2006) menciona que pela crescente influência sobre as condições sociais, econômicas e culturais dos países está o fenômeno da globalização. Suas principais características, assim como a influência da globalização sobre a pobreza e as condições de saúde. Desse modo, as condições de vida em geral devem ser analisadas dentro desse enfoque.

A distribuição de renda e o acesso aos serviços de saúde somam-se os problemas ambientais, especialmente as mudanças climáticas que vêm afetando um grande número de populações vulneráveis e que se constituem em uma ameaça para toda a humanidade (VILLAR, 2007).

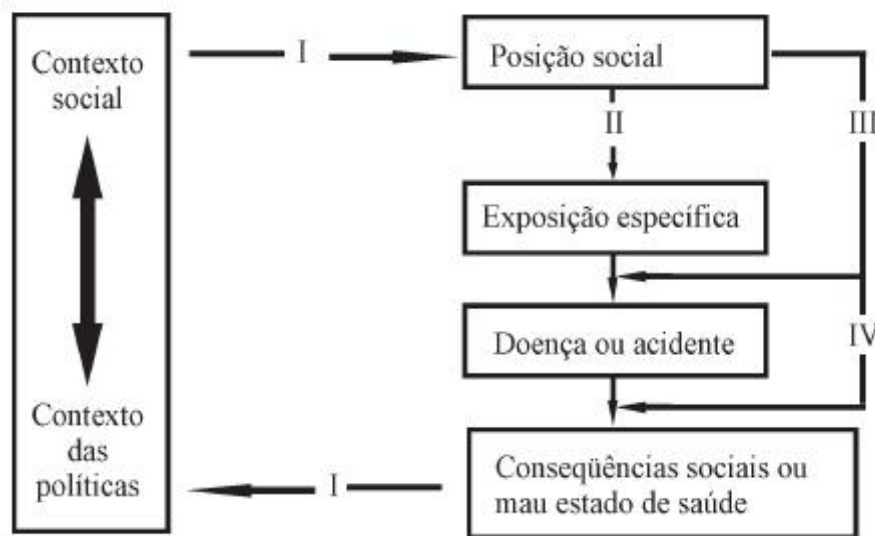
Para Periago e colaboradores (2007) os impactos dos ecossistemas deteriorados causam mudanças climáticas em comunidades locais provocando impactos globais que se constituem importantes evidências das consequências que os riscos emergentes trazem para a saúde e o bem-estar. Embora alguns países reconheçam a urgência de considerar os desequilíbrios ambientais e outros determinantes associados à deterioração da qualidade de vida da sociedade e da saúde ambiental, pouco se tem feito para frear isso, tornando esta problemática um dos pilares do desenvolvimento sustentável e dos avanços na área das intervenções que continuam com suas aplicações específicas bastante limitadas.

Outro modelo (Figura 2) presente nas discussões dos determinantes especificamente sociais é de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, que foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

Esse modelo enfatiza que as diferenças de classe provocam um acesso diferente à saúde. A figura a seguir, (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. O

(II) estabelece que de acordo com a posição social ocupada aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos, que causam danos à saúde. O (III) indica o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos. E, por fim, o (IV) que apresenta as consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença. Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2003).

Figura 2 – Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO (2003, p. 8).

Os modelos apresentados e o entendimento que cada situação pode trazer, também estimulam a preposição de uma série de medidas e de políticas que podem atenuar esses determinantes.

Buss (2007) apresenta para cada nível do modelo de Dahlgren e Whitehead uma ação ou política de intervenção.

- No primeiro nível, para atuar de maneira eficaz, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

- O segundo nível corresponde às comunidades e suas redes de relações. Como mencionado, os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva. Aqui se incluem políticas que buscam estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social.
- O terceiro nível se refere à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada.
- O quarto nível de atuação se refere à atuação ao nível dos macrodeterminantes, através de políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo às desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (CNDSS, 2006; PELEGRINI FILHO, 2006).

Para o modelo de Diderichsen e Hallqvist, Buss (2007) também elenca uma série de medidas que esse modelo tem como foco principal a estratificação social. Políticas que diminuam as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social. Além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais para avaliar seu impacto e diminuir seus efeitos sobre a estratificação social.

- O segundo conjunto de políticas busca diminuir os diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, os grupos que vivem em

condições de habitação insalubres, que trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais. Aqui se incluem também políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos vulneráveis para mitigar os efeitos de condições materiais e psicossociais adversas. A intervenção no sistema de saúde busca reduzir os diferenciais de consequências ocasionadas pela doença, aqui incluindo a melhoria da qualidade dos serviços a toda a população, apoio aos deficientes, acesso aos cuidados de reabilitação e aos mecanismos de financiamento equitativos que impeçam o empobrecimento adicional causado pela doença.

O conhecimento de possíveis ações e políticas que diminuam as iniquidades em saúde, impactando nos determinantes sociais e ambientais, pode ser considerado o primeiro passo para as mudanças em todos os níveis, desde os mais próximos aos mais distantes. Formular políticas públicas que intervenham nessa realidade torna-se imperativo, como também compreender a perspectiva da saúde ambiental em sentido amplo.

CAPÍTULO 3: SAÚDE AMBIENTAL: possibilidades e avanços

3.1 A busca pela justiça ambiental

A partir do entendimento dos processos de intervenção econômico, social e político que interferem no meio ambiente e repercutem na saúde humana buscaremos suas formas diferenciadas de repercussão nas populações, nas possibilidades de inferir nas desigualdades, também, como ônus desse “modelo de desenvolvimento”.

Pois as tecnologias na atualidade mostram-se como importantes mecanismos de avanço e criação. E o discurso dominante apresenta que todos e todas podem usufruir desse modo de produzir, assim como também falam que os pontos negativos – efeito estufa, mudanças climáticas, aumento dos oceanos – também são sentidos de igual forma entre todos. Acserald, Mello e Bezerra (2009) ratificam essa afirmação quando mostram que se difunde a ideia de que estamos todos igualmente sujeitos aos efeitos nocivos de uma “crise ambiental” e dos riscos inerentes às práticas poluidoras e destrutivas que as técnicas produzem sem controle e que estas poderiam atingir qualquer ser humano, independentemente de origem, credo, cor ou classe.

Porém, autores adiantam que essa concepção de meio ambiente naturalmente escasso, uno e homogêneo e de “seres humanos” vistos como um todo indiferenciado é por demais simplista por escamotear a forma como tais impactos estão distribuídos, tanto em termos de incidência quanto de intensidade. Pois, é possível perceber que nos mais pobres e nos grupos étnicos desprovidos de poder recai, desproporcionalmente, a maior parte dos riscos ambientais.

Herculano (2008) conceitua esse processo de injustiça ambiental como sendo o mecanismo pelo qual sociedades desiguais destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento a grupos sociais de trabalhadores, as populações de baixa renda, aos grupos raciais discriminados, as populações marginalizadas e mais vulneráveis.

Acserald (2008) utiliza a definição do Movimento de Justiça Ambiental dos Estados Unidos para definir justiça ambiental que seria

A condição de existência social configurada através do tratamento justo e do envolvimento significativo de todas as pessoas, independentemente se sua raça, cor ou renda no que diz respeito à elaboração, desenvolvimento, implementação e aplicação de políticas, leis e regulações ambientais. Por tratamento justo entenda-se que nenhum grupo de pessoas, incluindo-se aí grupos étnicos, raciais ou de classe, deva suportar uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas resultantes da operação de empreendimentos industriais, comerciais e municipais, da execução de políticas e programas federais, estaduais, ou municipais, bem como das consequências resultantes da ausência ou omissão destas políticas (BULLARD, R. D. *apud* ACSELRAD, p. 16, 2008).

A noção de justiça ambiental é ampla, pois chama atenção para a participação nas políticas ambientais, assim como para os impactos produzidos pela indústria e a omissão do Estado (nas três esferas) em suas ações. É um pensamento que envolve todos os segmentos, principalmente, àqueles atingidos pela injustiça.

A gênese do Movimento de Justiça Ambiental (MJA) ocorre nos Estados Unidos da América, na década de 1980, articulando diversos aspectos: social, territorial, ambiental e direito civil. Anterior a essa década, algumas análises constatavam que havia uma diferenciação na distribuição dos riscos ambientais, principalmente por raça e por renda. Cole e Foster afirmam que,

Há um recorte racial na forma como o governo norte-americano limpa aterros de lixo tóxico e pune os poluidores. Comunidades brancas veem uma ação mais rápida, melhores resultados e penalidades mais efetivas do que comunidades em que os negros, hispânicos e outras minorias vivem. Essa desigual proteção também ocorre independentemente da comunidade ser rica ou pobre (COLE; FOSTER, 2001, p. 55).

Acserald, Mello e Bezerra (2009, pág. 18) indicam que nos anos 1970, sindicatos preocupados com a saúde ocupacional, grupos ambientalistas e organizações de minorias étnicas se articularam para elaborar, em suas respectivas pautas, “questões ambientais urbanas”, pois a partir de lutas de base contra iniquidades ambientais em nível local as organizações elevaram a “justiça ambiental” à condição de questão central na luta pelos direitos civis. Ao mesmo tempo induziram a incorporação da desigualdade ambiental na agenda dos movimentos ambientalistas. A ligação da desigualdade ambiental com os direitos civis se deu, principalmente, pelo

fato de alguns estudos apontarem a distribuição desigual da poluição segundo a raça das populações mais expostas a esta.

Hipótese que colocou a necessidade de pesquisas sobre essa relação para melhor fundamentar a questão. A comprovação desta relação evocada pelos que pretendiam reduzir as políticas ambientais à adoção de meras soluções técnicas estimulou o movimento por justiça ambiental que estruturou suas estratégias de resistência recorrendo, de forma inovadora, à produção de conhecimento. Quando foram lançadas, então, pesquisas multidisciplinares sobre as condições da desigualdade ambiental no país (ACSERALD, MELLO e BEZERRA, 2009)

Um momento crucial dessa experiência foi à pesquisa realizada por Robert D. Bullard em 1987 a pedido da comissão de justiça racial da United Church of Christ que mostrou que “[...] a composição racial de uma comunidade é a variável mais apta a explicar a existência ou inexistência de depósitos de rejeitos perigosos de origem comercial em uma área” (ACSERALD, MELLO e BEZERRA, 2009, pág. 19).

Foi a partir da pesquisa acima citada que o reverendo Benjamin Chavis cunhou a expressão “racismo ambiental” para designar “a imposição desproporcional – intencional ou não – de rejeitos perigosos às comunidades de cor” (PINDERHUGHES, 1996, pág. 241). Após essa constatação foi possível inferir no racismo interferências de forma decisiva na questão ambiental de uma determinada população, logo, a ligação estreita da desigualdade social e degradação ambiental racismo ficou evidenciada.

Para explicar tal fato, algumas linhas foram pensadas para compreender o que levaria a esse racismo ambiental, dentre outras questões:

A disponibilidade de terras baratas em comunidades de minorias e suas vizinhanças, a falta de oposição da população local, por fraqueza organizativa e carência de recursos políticos – condições típicas de comunidades de “minorias”, a falta de mobilidade espacial dessas “minorias” em razão da discriminação residencial e, por fim, a sub-representação desses mesmos grupos nas agências governamentais responsáveis pelas decisões de localização dos rejeitos (ACSERALD; MELLO; BEZERRA, 2009, p. 20).

Com seus estudos, Acserald, Mello e Bezerra (2009) procuraram tornar evidente que forças de mercado e práticas discriminatórias das agências

governamentais concorriam de forma articulada para a produção das desigualdades ambientais e que a viabilização da atribuição desigual dos riscos se encontra na relativa fraqueza política dos grupos sociais residentes nas áreas de destino das instalações perigosas, comunidades ditas “carentes de conhecimento”, “sem preocupações ambientais” ou “fáceis de manejar”.

A partir de então o Movimento de Justiça Ambiental (MJA) consolidou-se como uma rede multicultural e multirracional nacional. E em seguida os movimentos internacionais passaram a articular entidades de direitos civis, grupos comunitários, organizações de trabalhadores, igrejas e intelectuais no enfrentamento do “racismo ambiental”, visto como uma forma de racismo institucional. Efetivamente, o MJA adotou estratégias de luta históricas dos movimentos pelos direitos civis, tais como protestos, passeatas, petições, lobby, relatórios, apuração de fatos e audiências para instruir a comunidade e intensificar o debate público sobre a questão. (ACSERALD; MELLO; BEZERRA, 2009).

O debate sobre o racismo, a pobreza e as injustiças ambientais no cenário norte-americano no início da década de 1980 foi fundamental para o entendimento da desigualdade que hoje se apresenta para milhares de comunidades pobres do mundo, particularmente, no Brasil. É notório que milhares de pessoas vivem em lugares sem nenhum tipo de planejamento urbano e ambiental estão, nas margens de rios, em locais de alta declividade, expostos a pobreza e a violência excessiva. E sem nenhum tipo de saneamento, podendo ter contato com vários vetores de doenças, além da precariedade dos serviços públicos de educação e de saúde.

A localização dessas comunidades também é fator que interfere na vida social, pois estas encontram-se, muitas vezes, afastadas dos centros urbanos, sendo cercadas por empreendimentos que poluem tanto o ar como rios, que descartam seus rejeitos de forma insegura, expondo a população a riscos desconhecidos. Além de aproveitarem a mão-de-obra barata da região, causando uma desordem na saúde ambiental das pessoas. As formações dessas comunidades são, em grande parte, constituídas de pessoas negras e pardas, com pouca escolaridade e com vínculos empregatícios frágeis.

Não sendo tão diferente da realidade dos Estados Unidos e outros países desenvolvidos. Pois, ao âmbito da sociedade norte-americana a emergência do MJA realizou um duplo deslocamento pelos direitos civis com as questões ambientais a partir da explicitação de que também nesse campo os não-brancos eram penalizados. E, por outro, despertou as entidades ambientalistas tradicionais para as lutas contra a desigualdade. A reivindicação por justiça ambiental – compreendida como o tratamento justo e o envolvimento pleno dos grupos sociais, independentemente de sua origem ou renda, nas decisões sobre o acesso, a ocupação e o uso dos recursos ambientais em seus territórios – alterou a configuração de forças envolvidas nas lutas ambientais. Particularmente ao considerar o caráter indissociável de ambiente e sociedade politizando a questão do racismo e das desigualdades ambientais (ACSERALD; MELLO; BEZERRA, 2009).

A partir da exposição dos principais atingidos e como se dá essa relação faz-se necessário apresentar os princípios e estratégias para contornar essa situação, pensados pelo MJA e apresentados pelos autores acima citados.

Os princípios são divididos em quatro: 1 – Poluição tóxica para ninguém; 2 – Por um outro modelo de desenvolvimento; 3 – Por uma transição justa e 4 – Por políticas ambientais democraticamente instituídas. Abaixo a descrição de cada um (ACSERALD; MELLO; BEZERRA, 2009).

1 - A poluição tóxica para ninguém se tornou um dos principais lemas do movimento como forma de declarar sua diferença diante dos embates ambientais que se guiam pela lógica do chamado “individualismo possessivo”. E que são indiferentes ao fato de se acarretar um deslocamento espacial da poluição, “exportando a injustiça ambiental” para os bairros, cidades ou países onde os trabalhadores estejam menos organizados. Para o movimento, ao contrário, atribui-se à noção de justiça ambiental uma luta de caráter solidário, que busque colocar na pauta pública a denúncia do que seria uma verdadeira lógica sociopolítica promotora da desigualdade ambiental (IDEM)

2 – Um outro modelo de desenvolvimento, pois o atual era tido como ambientalmente perverso e viria se mantendo porque configurou um padrão sociopolítico que sobrecarregava de malefícios à saúde e o bem-estar as populações destituídas de recursos financeiros ou políticos. Alguns

questionamentos são lançados para a discussão que abre a necessidade de um novo modelo, como se o atual desse prioridade à geração de lucros para as grandes corporações ou para assegurar uma vida digna às minorias? Para servir à especulação fundiária ou para produzir alimentos? Para produzir o quê, para quem e na satisfação de quais interesses? Esses questionamentos surgem da preocupação com a economia dos recursos ambientais e quanto aos fins pelos quais esses recursos estão sendo usados (IBIDEM).

3 – O princípio por uma transição justa afirma a necessidade de se discutir e transformar o modelo de desenvolvimento dominante, mas considerando os passos graduais que se fazem necessários. Entre eles, que a luta contra a poluição desigual não destrua o emprego dos trabalhadores das indústrias poluentes ou penalize as populações dos países menos industrializados para onde as transnacionais tenderiam a transferir suas “fábricas sujas”.

Uma aliança com os sindicatos seria outra razão fundamental para o movimento, pois os trabalhadores organizados são aliados importantes, dado que possuem um conhecimento privilegiado do que se passa no interior das unidades produtivas e seriam atores decisivos nas mudanças substantivas nos padrões tecnológicos e locacionais do modelo produtivo. Particularmente no combate a seus impactos danosos na saúde ambiental e do trabalhador.

4 – E ao lutarem por políticas ambientais democraticamente instituídas – politização versus crença no mercado - os movimentos por justiça ambiental adotam a perspectiva contrária ao conservadorismo que prega um encurtamento do espaço da política e a extensão da esfera das relações mercantis sobre o social. Os movimentos identificam que a ausência de uma regulação efetiva sobre os grandes agentes econômicos do risco ambiental vem possibilitando que estes procurem livremente as comunidades mais carentes como vítimas preferenciais de duas atividades danosas. Acredita-se que a injustiça ambiental cessará apenas com a contenção do livre-arbítrio dos agentes econômicos com maior poder de causar impactos ambientais, ou seja, pelo exercício mesmo da política, nos marcos de uma democratização permanente (IBIDEM).

Os princípios defendidos pelos movimentos abarcam inúmeras dimensões, desde o local até o universal. A preocupação em não degradar o ambiente nem a saúde de qualquer pessoa é o primeiro citado. As mudanças também questionam o sistema econômico vigente, sobretudo, seu fim, mas sem transtornos para os trabalhadores. E questiona o papel do estado, principalmente, quando se fala da estruturação de políticas ligadas ao meio ambiente e que as mesmas sejam trabalhadas por todos e todas da sociedade.

Após apresentarem os princípios, Acserald, Mello e Bezerra (2009) expõem as estratégias que norteiam o Movimento de Justiça Ambiental e alicerça suas ações.

A primeira estratégia pensada é a da produção de conhecimento próprio. Como o conhecimento científico tem sido correntemente evocado pelos que pretendem reduzir as políticas ambientais à adoção de meras soluções técnicas, o movimento de justiça ambiental estrutura suas estratégias de resistências recorrendo de forma inovadora a uma produção própria de conhecimento.

Quando da discussão de impactos de empreendimentos, igualmente se procura construir um cenário abrangente, incorporando questões de participação pública, institucional e política e incluindo a consideração das dimensões sociais, culturais, econômicas e institucionais vivenciadas pelos grupos atingidos. Assim como os efeitos dos empreendimentos nos modos de subjetivação e na saúde física e mental de indivíduos e de grupos.

A pressão pela aplicação universal das leis é a segunda estratégia e o alvo do aparato estatal, cuja atuação possui um padrão de permissividade e incentivo que aloca riscos ambientais sobre os socialmente mais fracos, seja nos países ricos ou periféricos.

Outra pressão deve ser pelo aperfeiçoamento da legislação de proteção ambiental que implica que, dependendo da localidade, das características de sua legislação ou da natureza do conflito, a pressão pela instituição de novas leis torna-se uma estratégia necessária.

A busca por novas racionalidades no exercício do poder estatal constitui um dos principais desafios do Movimento e quarta estratégia. Visto que, a “cultura” das entidades públicas responsáveis pela intervenção estatal sobre o

meio ambiente, caracterizadas por um padrão de intervenção tecnicista e a posteriori, tem sido pouco sensível às variáveis sociais e culturais do gerenciamento do risco ambiental, constitui um dos processos de desarticulação com a comunidade. Por vezes, as cobranças pela introdução de variáveis socioambientais no aparato estatal de regulação e fiscalização obtêm êxitos no próprio campo da institucionalidade (ACSERALD; MELLO; BEZERRA, 2009).

A quinta estratégia é a introdução de procedimentos de avaliação de equidade ambiental. Os métodos tradicionais de avaliação de atividades produtivas e projetos de desenvolvimento têm sido fortemente criticados por separarem o meio ambiente de suas dimensões sócio-políticas e culturais. Estes produzem com frequência uma separação indevida entre os processos biofísicos relativos ao uso e significação próprios aos diferentes grupos sociais que compartilham o território. Os diversos elementos do meio, vistos como bióticos ou abióticos, lênticos ou pedológicos, via de regra não são associados à diversidade sociocultural dos que deles dependem, seja em termos de renda, raça, gênero ou etnia (ACSERALD; MELLO; BEZERRA, 2009).

Dessa forma, o desenvolvimento de metodologias de “avaliação de equidade ambiental” serviriam de alternativas aos métodos tradicionais, como Estudo de Impacto Ambiental/Relatório de Impacto Ambiental (EIA/RIMAS). Que considerou estes últimos como incapazes de retratar a injustiça ambiental contida em determinados projetos, servindo, implicitamente, à legitimação de ações e de impactos inaceitáveis, se consideradas apropriadamente as dimensões socioculturais. Consequentemente, eles têm sido mais apropriados aos interesses econômicos envolvidos nos projetos e na própria elaboração repetida de estudos de impacto, formalmente padronizados e socialmente vazios, produto do que se configurou como uma espécie de “indústria de EIAS-RIMAS”.

A ação direta é a sexta estratégia e constitui principalmente uma forma de questionar os empreendimentos e de abrir um debate sobre a pertinência ou não que estes sejam realmente levados a sério no território, em conjunturas nas quais as populações impactadas são pouco ou nada consultadas.

Finalizando as estratégias está a difusão espacial do movimento, pois vem se observando uma dinâmica de internacionalização das bandeiras e articulações em torno da justiça ambiental. O que reflete o perfil cada vez mais globalizado dos processos de sobreposição dos riscos sociais e ambientais transferidos aos mais pobres. Algumas reações numa tentativa de deslegitimação do Movimento argumentam que a justiça ambiental seria uma causa “importada” ou “copiada” de forma acrítica.

As ações consideradas estratégicas para o Movimento representam mudanças significativas nas áreas: científica, econômica, social e política. Mais uma vez, foi apresentada a necessidade de uma alteração profunda no paradigma e na racionalidade que norteiam os sistemas vigentes. Esses princípios e estratégias são fundamentais para ampliação do Movimento e seu crescimento em outros países, como no caso da criação da Rede Brasileira de Justiça Ambiental.

3.1.2 A Rede Brasileira de Justiça Ambiental

A noção da desigualdade em relação à distribuição dos passivos ambientais, assim como o acesso aos bens da natureza - naturais ou artificiais - tomou forma a partir da realidade norte-americana. Posteriormente, outros países também entraram nessa corrente levando em consideração sua realidade. Não sendo diferente no Brasil.

Representantes de algumas redes do movimento de Justiça Ambiental dos EUA estiveram no Brasil em 1998 procurando difundir sua experiência e estabelecer relações com organizações locais dispostas a formar alianças na resistência aos processos de “exportação da injustiça ambiental”.

Herculano (2008) acrescenta que o Colóquio Internacional sobre Justiça Ambiental, Trabalho e Cidadania, realizado na Universidade Federal Fluminense, em 2001, foi uma das primeiras iniciativas de cunho acadêmico e político a se organizar no Brasil. Este discutiu enfoques teóricos e implicações políticas da proposta de Justiça Ambiental; histórico e avaliação de campanhas e ações de cidadania; casos de injustiça ambiental no Brasil e na América Latina; trabalho e Justiça Ambiental na experiência dos sindicatos; reflexão

política e construção de uma agenda; proposta de parcerias e de uma coalização internacional.

Todo esse momento de organização social foi o que estimulou em 2001, a criação da Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RBJA). A RBJA elaborou uma declaração expandindo a abrangência das denúncias para além da questão do racismo ambiental na alocação de lixo tóxico. Nessa declaração foi definida injustiça ambiental como sendo:

o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos raciais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis (ACSELRAD, 2009, pág. 41).

Para a Rede Brasileira de Justiça Ambiental a definição de justiça ambiental se integrou a um conjunto de princípios e práticas que:

- Assegurem que nenhum grupo social seja ele, étnico, racial ou de classe, suporte uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas de operações econômicas, decisões de políticas e programas federais, estaduais, locais. Assim como da ausência ou omissão de tais políticas;
- Asseguram acesso justo e equitativo, direto e indireto, aos recursos ambientais do país;
- Asseguram amplo acesso às informações relevantes sobre o uso dos recursos ambientais e a destinação de rejeitos e localização de fontes de riscos ambientais, bem como processos democráticos e participativos na definição de políticas, planos, programas e projetos que lhes dizem respeito;
- Favorecem a constituição de sujeitos coletivos de direitos, movimentos sociais e organizações populares para serem protagonistas na construção de modelos alternativos de desenvolvimento que assegurem a democratização do acesso aos recursos ambientais e a sustentabilidade do seu uso.

Contribuindo com a discussão, Acserald, Mello e Bezerra (2008) indicaram que a partir de uma ampla crítica às opções que regeram o modelo de desenvolvimento brasileiro implementado a partir dos anos 1990, a RBJA buscou assinalar que: a) são os trabalhadores e os grupos sociais marginalizados e de menor renda que estão mais sujeitos aos riscos

decorrentes da proximidade de seus locais de moradia dos depósitos de lixo tóxico, das plantas industriais poluentes, das encostas perigosas e dos esgotos a céu aberto, pela ausência de saneamento em seus bairros; b) são esses mesmos grupos que se veem privados do acesso aos recursos naturais de que dependem para viver ao serem expulsos de seus locais de moradia para a instalação de grandes projetos hidroviários, agropecuários ou de exploração madeireira ou mineral; c) os modos de produção e as formas de organização social não-capitalistas são pouco a pouco destruídos pelo mercado, por não atenderem à dinâmica lucrativa dos capitais que vão se apropriando das áreas comunais e terras indígenas, aproveitando-se da anuência relativa do Estado e da baixa capacidade de mobilização das populações que possuem menores recursos financeiros e políticos.

A Rede Brasileira de Justiça Ambiental se formou com uma perspectiva crítica da realidade, tendo vários segmentos na sua composição e mantendo suas ações em diversas frentes de luta. Existe, no entanto, um conjunto de ações e movimentos sociais no país que podem ser identificados como de busca por “justiça ambiental”, mesmo que sem o uso dessa expressão.

É o caso do Movimento dos Atingidos por Barragens, dos movimentos de trabalhadores extrativistas resistindo contra o avanço das relações capitalistas nas fronteiras florestais e de inúmeras ações locais contra a contaminação e a degradação dos espaços de vida e trabalho (HERCULANO, 2008).

O mesmo autor destaca que, dado o nosso amplo leque de agudas desigualdades sociais, a exposição desigual aos riscos químicos fica aparentemente obscurecida e dissimulada pela extrema pobreza e pelas péssimas condições gerais de vida a ela associadas. Assim, as gigantescas injustiças sociais brasileiras encobrem e naturalizam a exposição desigual à poluição e o ônus desigual dos custos do desenvolvimento.

A ligação entre a justiça ambiental e a saúde ambiental é inquestionável, pois, ocorrendo a primeira os benefícios para a segunda são automáticos, partindo do princípio que ninguém será prejudicado por alguma “condição” discriminada. A saúde ambiental das populações vulneráveis está em constante risco, sobretudo, quando a injustiça ambiental se materializa na distribuição

desigual dos rejeitos produzidos pelas iniciativas de cunho capitalista e pela falta de representação dessas populações nos espaços de decisões. Pensar o melhoramento da saúde ambiental é pensar estratégias que tragam mais justiça para junto dessas comunidades.

No intuito de contextualizar, no material, essa desigualdade e identificarmos um pouco de sua gênese, foi necessário entender que, ao falar de injustiça ambiental, fala-se de conflitos. Os empreendimentos, privados e públicos, não estão chegando num território que seria ao mesmo tempo vazio de gente e “vazio” de natureza, como se fosse uma terra arrasada, um imenso terreno baldio disponível para qualquer coisa. Conflitos porque eles batem de frente com populações – povos indígenas, agroextrativistas, pequenos produtores, organizações populares e sindicais e ONGs, setores do poder público e da academia – que estão nestes espaços e têm uma história de vida, de sobrevivência e de reprodução humana e econômica e que tem propostas e projetos para elas e para a região (LEROY, 2011).

Compreender a justiça ambiental e trabalhar nessa perspectiva é materializar qualidade de vida para grupos socialmente vulneráveis ou vítimas de preconceito. Como dito anteriormente, garantir justiça é garantir melhora na saúde ambiental, representando assim uma passibilidade de aplicação desse conceito que está se estruturando nos marcos legal do país.

3.2 Construção da Vigilância e indicadores em Saúde Ambiental

Tratar das possibilidades e avanços do tema saúde ambiental tem como princípio saber como o referido assunto está sendo abordado dentro dos programas, projetos e políticas do Estado brasileiro. O desenvolvimento nos estudos (RIBEIRO, 2004; GIATTI, 2009; PORTO; FREITAS 2006) mostra que a saúde ambiental aparece cada vez mais nas pautas das discussões em nível estatal, não podendo mais ser invisibilizada ou secundarizada, além de apresentar caminhos para uma estreita ligação com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Augusto (2003) afirma que até pouco tempo atrás, no setor saúde, a dimensão de ambiente era compreendida pelo homem como externa a ele,

traduzida pelas expressões “ambiente físico”, “ecossistema” ou “espaço geográfico”. Mais recentemente, o tema foi ganhando relevância no SUS, que incorporou a Vigilância Ambiental ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (SNVA). A autora acrescenta que hoje, no âmbito do SUS, amplia-se a compreensão de que há um ambiente maior e relacional, em que as ações de promoção da saúde devem ser implantadas levando-se em consideração o ambiente onde as pessoas residem e trabalham.

Antes de falar das “Vigilâncias” em saúde, faz-se necessário conhecer conceitos que ajudaram e ajudam a construir esse sistema e o primeiro deles é o da atenção primária.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (1999) “A atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado. E a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (CAMELLO *et al*, 2009).

Os autores citados acima explicam que, mesmo com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no contexto da atenção básica, este ainda conta com um enorme desafio em termos da aplicação sistemática dos princípios da Atenção Primária em Saúde Ambiental (APSA) em sua prática. Isso porque, o programa avança em algumas áreas, mas quanto às ações sobre o meio ambiente as equipes ainda necessitam de formação específica.

A estratégia da APSA no Brasil somente ganha sentido se visualizada como um componente da atenção básica. Afinal, seus princípios focalizam o papel do nível local na construção de espaços saudáveis, contextos, principalmente das populações mais isoladas que vivem no campo e que necessariamente exigem esta estratégia, o que implicará no desenvolvimento de uma vigilância participativa de suas condições ambientais que tenham repercussão na saúde.

Considerando que as alterações no meio ambiente interferem diretamente na saúde humana e contribuem para a elevação dos custos empregados no tratamento de doenças previsíveis. Assim, o gerenciamento

dos fatores de riscos relacionados à saúde que advêm dos problemas ambientais é parte integrante da vigilância em saúde em todo o país (CAMELLO *et al*, 2009).

3.2.1 Histórico da vigilância em saúde ambiental no Brasil

Para Augusto (2003) o termo Vigilância, nas questões de saúde, tem sua origem nas ações de isolamento e quarentena. Após a II Guerra Mundial, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA) do período da Guerra Fria, o conceito de vigilância esteve associado à ideia de “inteligência”, em razão dos riscos de guerra química e ou biológica. Atualmente, assistimos à retomada desse discurso, principalmente diante das ameaças do chamado bioterrorismo.

Nos EUA, a vigilância evoluiu, passando a significar a ação coordenada para controle de doenças na população, constituída de monitoramento, avaliação, pesquisa e intervenção. No Brasil, até a década de 1950 do século passado, o conceito de vigilância era compreendido como o conjunto de ações de observação sistemática sobre as doenças na comunidade, voltadas para medidas de controle.

Somente a partir da década de 1960, essas ações ganharam uma estruturação de programa, incorporando as medidas de intervenção (AUGUSTO, 2003). Ainda de acordo com a autora, desde então essas ações foram estendidas ao controle da produção, do consumo de produtos e da fiscalização de serviços de saúde, sob a denominação de Vigilância Sanitária. Posteriormente, evoluiu-se para um sistema de vigilância capaz de identificar os dados epidemiológicos e os fatores que os condicionam.

Waldman (1991) afirma que a lei nº 6.259/75 e o Decreto nº 78.231 de 1976 instituíram o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Com atribuições de controle e de fiscalização dos padrões de interesse sanitário, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens.

As ações de controle sobre o meio ambiente relacionadas à saúde – como a vigilância da qualidade da água para o consumo humano – embora

restritas, estiveram, até o final da década de 1990, subordinadas à Vigilância Sanitária. A Fundação Nacional de Saúde (2000) evidencia que as ações de vigilância foram agrupadas em Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, ambas com praticamente os mesmos objetivos: prevenir e controlar os riscos e agravos à saúde.

Segundo a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), a Vigilância Epidemiológica é o *“conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”* (BRASIL, 1990). A Vigilância Sanitária, para a mesma lei, refere-se *“[...]ao conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”*

No Brasil, somente em meados da década de 1980 foram promovidas iniciativas para se instituir, no âmbito do setor saúde, ações de Vigilância da saúde do trabalhador e do meio ambiente, de acordo com a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde de 1990. A partir do ano 2000 o Ministério da Saúde formula a denominada Vigilância Ambiental.

[...] se configura com um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendação e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental (AUGUSTO *apud* FUNASA, 2003 p. 181)

Considera-se a Vigilância Ambiental como o processo contínuo de coleta de dados e análise de informações sobre saúde e ambiente, com o intuito de orientar a execução de ações de controle de fatores ambientais que interferem na saúde e contribuem para a ocorrência de doenças e agravos. Contempla as ações executadas pelo setor saúde e também ações de outros setores promovidas e articuladas com setor saúde (CAMELLO *et al*, 2009).

Para esses mesmos autores, a estruturação da vigilância ambiental é uma resposta do setor saúde ao movimento mundial em que todas as

atividades humanas se associam em busca do desenvolvimento sustentável. A saúde passa a ter um interlocutor natural junto aos outros setores, estabelecendo um inter-relacionamento entre questões de desenvolvimento, ambiente e saúde, buscando responder o atendimento das necessidades para a melhoria da qualidade de vida das populações. Para tanto estabelecendo uma cronologia do crescimento do tema ambiental na saúde,

Machado et al (2011) salientam que a Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) – no mesmo âmbito da Vigilância Ambiental – começou a ser implantada no SUS a partir do ano 2000, por meio do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, foram estabelecidas as áreas de atuação do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). Com os seguintes campos de atuação: água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos; e ambiente de trabalho. Ainda foram acrescidos os procedimentos de vigilância epidemiológicas das doenças e agravos decorrentes da exposição humana a agrotóxicos, benzeno, chumbo, amianto e mercúrio. Ainda de acordo com Machado,

Ao longo da última década de trabalho, vem sendo integrada as ações de vigilância que compõe o SINVSA nas três esferas de governo. No processo de consolidação institucional é publicada a Portaria nº 3252/GM/MS de 2009, que estabelece a necessidade de atuação conjunta com as vigilâncias epidemiológica, sanitária, da situação de saúde, da saúde ambiental, da saúde do trabalhador e da promoção da saúde. O objetivo da integração é controlar determinantes, riscos e danos às populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde, essencial ao desenvolvimento de ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos (MACHADO et al, 2011, pág. 400).

Camello et al (2009) apresentam, baseadas na OMS, os papéis específicos que são atribuídos à vigilância ambiental no setor saúde, no âmbito da saúde ambiental, são eles:

- Monitorar as condições de saúde e ambiente, assegurando a descentralização das ações e as prioridades locais;

- Utilizar indicadores que relacionem saúde e condições de vida, produzindo estimativas da contribuição de diferentes fatores ambientais e socioeconômicos para problemas de saúde;
- Analisar as necessidades e exigências para a saúde nos vários setores do desenvolvimento, tais como habitação, agricultura, ocupação urbana, mineração, transporte e indústria;
- Formular políticas de vigilância ambiental em parceria com setores afins;
- Promover a ênfase nas questões de saúde e ambiente, junto às agências, organizações públicas e privadas, e comunidades, em todos os níveis, para inclusão nos seus trabalhos, planos e programas das questões referentes a vigilância ambiental;
- Apoiar as iniciativas locais e regionais de estruturação da vigilância ambiental nos serviços de saúde;
- Apoiar a execução de pesquisas visando a melhor compreensão, avaliação e gerenciamento de riscos ambientais;
- Subsidiar as políticas e o planejamento, a avaliação e o desenvolvimento de recursos humanos e institucionais, na área de vigilância ambiental, nos diferentes níveis de gestão.

É bastante evidente a necessidade de fomentação proposta pela OMS para a saúde ambiental, dentro da perspectiva de vigilância no âmbito institucional. Sendo assim, a busca por modelos e por indicadores para o trabalho ser pautado nessa lógica é fundamental para a positividade dos resultados.

3.2.2 Modelos para construção de indicadores em saúde e ambiente

Como foi dito anteriormente, o sistema de Vigilância Ambiental engloba as áreas de vigilância da qualidade da água para consumo humano, vigilância e controle de fatores biológicos, contaminantes ambientais e as questões de saúde relacionadas aos desastres e acidentes com produtos perigosos. Faz-se necessário saber o que é cada um, para a compreensão da busca por conceitos e modelos de indicadores em saúde e ambiente.

Machado et al (2011) dividem os programas que compõem a Vigilância em Saúde Ambiental. Para melhor entendimento, aqui estão eles:

- Vigilância da qualidade da água para consumo humano: Definida como um conjunto de ações adotadas continuamente pela autoridade de saúde pública, que visam verificar se a água consumida pela população atende à norma de potabilidade estabelecida⁴. Também avalia os possíveis riscos à saúde e previne enfermidades decorrentes do consumo de água contaminada. Existe relação tanto com a Vigilância Epidemiológica, em situações de emergência, surtos/epidemias e agravos à saúde relacionados à água de consumo humano, como também com a Vigilância Sanitária para a fiscalização e normalização da água mineral, natural e de águas adicionadas de sais, destinadas ao consumo após o envasamento, e também de águas utilizadas como matéria-prima para elaboração de produtos.
- Vigilância de populações expostas a contaminantes químicos: Esta área propõe a operacionalização e o desenvolvimento de ações de vigilância centrada em medidas de prevenção, promoção e atenção integral à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. Para melhor organizar a atuação, esta vigilância definiu um fluxo de atuação que prevê diferentes etapas, sendo elas, 1 – Identificação; 2 – Priorização; 3 – Avaliação; 4 – Elaboração; 5 – Implementação dos protocolos de atenção integral à saúde de populações expostas.
- Vigilância em saúde ambiental dos riscos associados aos desastres: Iniciou suas atividades em 2003 com a proposição de um programa com diretrizes nacionais para as ações da saúde ambiental em desastres. Sua concepção é baseada na gestão com seus componentes de planejamento, gerenciamento, acompanhamento da evolução dos riscos e monitoramento e avaliação das ações, dirigida à redução do risco, ao gerenciamento do desastre e à recuperação dos seus efeitos à saúde humana. Já o seu objeto é a identificação e redução das vulnerabilidades aos acidentes, eventos naturais e antropogênicos. A atuação em desastres considera as ações preventivas, de resposta ao desastre e de recuperação dos seus efeitos, em que procura,

⁴ Portaria nº 518/MS de 2004.

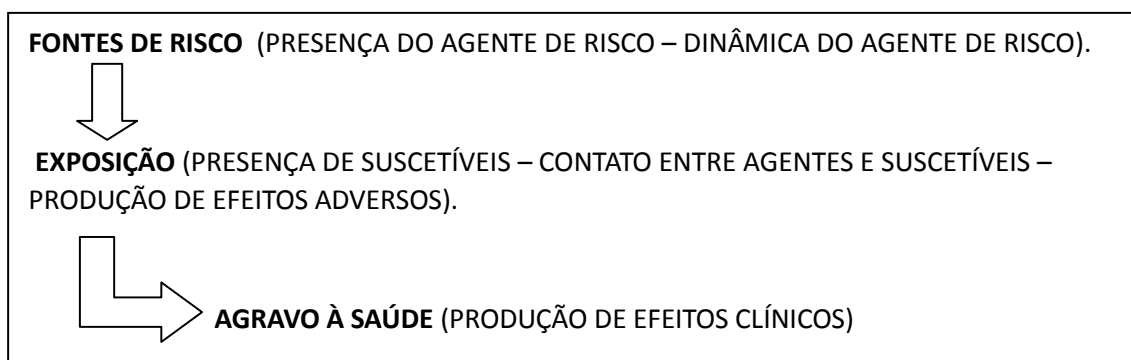
senão neutralizar seus efeitos, minimizar a máximo os danos provocados. Para isso, assim como as vigilâncias apresentadas anteriormente, considera a intersectorialidade como componente fundamental da atuação e ressalta a necessidade de um olhar amplo, no âmbito do setor saúde.

Após exposição dos programas que fazem parte da Vigilância em Saúde Ambiental, voltamos para os modelos e indicadores que são basilares na composição de uma intervenção na saúde ambiental, dentro do setor saúde, mais especificamente na Vigilância Ambiental.

Para Barcelos e Quitério (2006), na intenção de reafirmar e não de repetir, a vigilância ambiental em saúde é apoiada no reconhecimento da relação entre riscos e seus efeitos adversos sobre a saúde. Uma das tarefas primordiais para o estudo da relação entre ambiente e saúde é a seleção de indicadores para esses níveis de manifestação dos problemas ambientais. Esses componentes devem estar combinados para que se defina uma estratégia eficaz para a prevenção ou redução do impacto dos problemas ambientais sobre a saúde.

Na intenção de melhor ilustrar a relação entre riscos e efeitos à saúde, os autores apresentam um modelo de interligação desses componentes (Figura 3) onde são destacados os eventos que devem ser monitorados pelas ações de vigilância ambiental.

Figura 3 – Processo de desenvolvimento de riscos ambientais.



Fonte: Adaptado de Barcelos e Quitério (2006).

O modelo apresentado acima é bastante objetivo, leva em consideração três aspectos claros: fonte de risco, exposição e agravo à saúde. De forma geral, o modelo pode ser considerado muito simples. Pois algumas

dimensões parecem não fazer parte da dinâmica, ficando muito presos ao “agente de risco”. Sendo assim, o sistema de informação deve possibilitar a Vigilância Ambiental a coleta de dados e a agregação dos mesmos em informações complexas que formarão os indicadores.

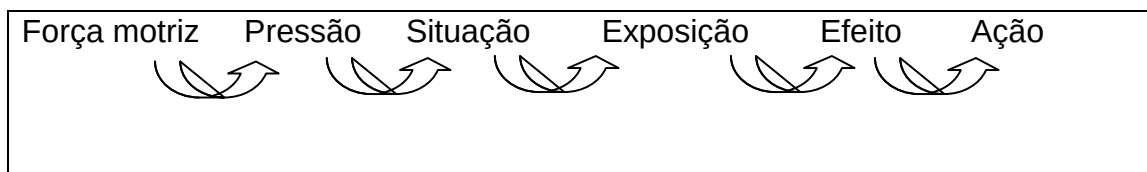
Os indicadores representam mais do que os dados em que são baseados, trata-se de uma ferramenta fundamental para os gestores, melhorando e desenvolvendo políticas, fornecendo informações de maneira mais simples e de fácil entendimento, possibilitando o intercâmbio das informações entre os diversos setores e atores atuantes (CAMELLO *et al*, 2009).

Os indicadores podem ser a expressão do nexo entre a saúde e o ambiente e serem expressos de forma a facilitar a interpretação dos problemas para uma tomada de decisão efetiva e eficaz. O indicador é definido como um valor agregado a partir de dados e estatísticas, transformados em informação para o uso direto dos gestores. Desse modo, os indicadores podem contribuir para aprimorar o gerenciamento e a implantação de políticas (IDEM).

Baseando-se ainda em Camello *et al* (2009), os indicadores servem para orientar a prática, formulando evidências para o diagnóstico e, também, para instrumentalizar o sistema de informação de vigilância ambiental. O importante é que as informações sejam apresentadas aos gestores e ao público em geral, de forma a esclarecer os riscos ambientais que podem causar um possível dano a saúde.

A formulação de indicadores constitui eixo central para desenvolver práticas, intervenções e estabelecer ligação entre a população e os gestores. A partir deste o modelo adotado pela Organização Mundial da Saúde (Figura 4) possibilita a definição de indicadores e seu desenvolvimento metodológico.

Figura 4: Modelo para construção de indicadores em saúde e ambiente



Fonte: Adaptado de Barcelos e Quitério (2006)

Barcelos e Quitério (2006) apresentam o modelo denominado FPEEEA (Força motriz, pressão, estado, exposição, efeito e ação), que objetiva fornecer um instrumento de entendimento das relações abrangentes e integradas entre saúde e meio ambiente que auxilie na adoção do conjunto das ações de promoção e prevenção a serem desenvolvidas. Os autores sintetizam que,

O modelo sistematiza as principais etapas do processo de geração, exposição e efeitos dos riscos ambientais, bem como as principais ações de controle, prevenção e promoção que podem ser desenvolvidas. Esse modelo revela a necessidade de integrar as análises dos efeitos dos riscos ambientais para a saúde das populações, com o desenvolvimento e implementação de processos decisórios, políticas públicas e práticas de gerenciamento de riscos. O modelo também indica a necessidade de integração entre as várias políticas relacionadas ao desenvolvimento com as necessidades sociais, de saúde e intersectorialidade, já que as ações nessas fases envolvem necessariamente diferentes níveis e setores do governo e da sociedade (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006, pág. 172).

Cada item do modelo tem uma definição e apresentação importante para a sistematização da estrutura, pois uma vez identificadas as causas pode-se definir os indicadores dentro desta estrutura, correspondentes aos diferentes componentes. As definições estão alicerçadas em Camello *et al* (2003).

- Força motriz: são os fatores que influenciam, em escala ampla e macro, os vários processos ambientais que podem afetar a saúde humana. Esses fatores estabelecem vínculos fracos e menos diretos entre os riscos ambientais e efeitos reais de saúde. Podem ser dados como exemplos de forças motrizes, o crescimento da população, desenvolvimento econômico, o desenvolvimento tecnológico, a pobreza e a rapidez da industrialização e urbanização.
- Pressões: as pressões são consequências das diversas forças motrizes e são fatores que influenciam em uma escala ampla e que apresentam vínculos indiretos entre os riscos ambientais e efeitos reais da saúde das populações. Essas pressões são geradas pelas diferentes atividades econômicas como: indústria, agricultura, transporte e energia. Em todas as atividades humanas podem surgir pressões sobre o meio ambiente e a saúde. Como exemplos de pressões temos: produção, consumo, disposição de resíduos.
- Situação: as mudanças do meio ambiente podem ser complexas e amplas e podem ter consequências em escala local, regional, estadual e nacional. São decorrentes das pressões e podem representar um aumento na

frequência e magnitude do risco natural; os recursos naturais podem ser negativamente afetados, seja a qualidade do ar, da água e do solo, devido a poluição. Podem ocorrer modificações secundárias: uma mudança pode afetar outras áreas. Cada instância pode gerar novos riscos para a saúde, porém nem todos os aspectos do ambiente podem influenciar a saúde, nem se conhecer com clareza a relação com a saúde. Exemplo de situação: riscos naturais, disponibilidade de recursos, níveis de poluição.

- Exposição: a exposição é a condição indispensável para que a saúde individual ou coletiva seja afetada pelas condições adversas do meio ambiente. Muitos fatores determinam se um indivíduo será exposto, como: a poluição do meio, quantidade de poluentes, tempo de permanência em ambientes contaminados, bem como a forma de contato. Estes fatores estabelecem vínculos fortes e diretos entre os riscos ambientais e os efeitos reais de novos riscos para a saúde. Exemplo: exposição externa, dose de absorção, dose orgânica.
- Efeitos: os efeitos sobre a saúde podem se manifestar quando alguém se submete a uma exposição. Os efeitos podem variar em função do tipo, magnitude e intensidade, dependendo do nível de risco, do nível de exposição, da situação de saúde da pessoa, idade e formação genética, etc. Também podem ser agudos ou crônicos. Podem ocorrer diferentes relações de efeito/exposição para diferentes subconjuntos da população, podem ser pequenos e devem ser diferenciados dos efeitos de outros fatores. Exemplos de efeitos: intoxicação, envenenamento, morbidade, mortalidade.
- Ações: as ações podem ser de curto prazo e de caráter reparador, outras em longo prazo e preventivas. Diversas ações podem ser tomadas, baseadas na natureza dos riscos, sua receptividade ao controle e da percepção pública dos riscos. As ações podem ser implementadas em diferentes níveis de gestão, como por exemplo, em nível das forças motrizes, das pressões, da situação, de exposição ou dos verdadeiros efeitos sobre a saúde.

Os componentes que formam o modelo adotado pela OMS são metodologicamente explicados, além de serem abrangentes na sua aplicação. Podem ser do nível global ao local e para Augusto (2003), permitem a

contextualização dos problemas, sendo particularmente úteis à hierarquização dos fenômenos e das possibilidades de intervenção.

A Vigilância em Saúde Ambiental é um avanço na perspectiva da interação saúde – meio ambiente, pois as intervenções serão baseadas nessa lógica, não fragmentando as suas causas. A importância que ganha também no nível institucional, possibilita a formulação de políticas, programas e planos com uma visão holística e totalizante dos fenômenos, desenvolvendo nossas metodologias e indicadores, fazendo a junção de várias instituições, assim como de profissionais para atuar nas questões.

3.3 Saúde ambiental e Serviço Social: debate interdisciplinar

A importância dos estudos que ligam saúde e meio ambiente são inquestionáveis. Porém, observa-se que esses estudos são, por vezes, elaborados por determinadas áreas que acabam sendo “responsabilizadas” pela produção de conhecimento e respostas às inúmeras questões colocadas pela sociedade e também pelo Estado na elaboração de políticas, programas ou projetos. Visto isso, o debate acerca da interdisciplinaridade aparece como um avanço na necessária consolidação da saúde ambiental.

Freitas e Porto (2006) indicam que todos os estudos sobre a construção de indicadores são importantes, mas isoladamente não é possível apreender o problema em suas diferentes dimensões. Tampouco propor soluções de curto e longo prazo que atendem às diferentes necessidades dos envolvidos no problema e evitem a repetição das tragédias humanas e ambientais no futuro.

Ao evocar a atenção para os estudos não serem isolados, os autores, afirmam a importância dos estudos interdisciplinares e das abordagens integradas na análise e solução de problemas de saúde e de ambiente que ampliem o olhar sobre os efeitos, incorporem as causas e os determinantes. E apontem para soluções preventivas mais efetivas que levem em consideração as necessidades das populações e dos ecossistemas.

Problemas de saúde e ambiente precisam ser compreendidos de forma a incorporar a pluralidade de dimensões e perspectivas que caracterizam sua complexidade. A análise dos diferentes fenômenos envolvidos pode ser

realizada por várias disciplinas e abordagens que produzem recortes particulares da realidade analisada, enfatiza os autores acima citados.

Dando um caráter mais histórico, Leff (2000) descreve que a questão ambiental, com a sua complexidade, e a interdisciplinaridade emergem no último terço do século XX (final dos anos 1960 e começo da década de 1970) como problemáticas contemporâneas, compartilhando o sintoma de uma crise de civilização. De uma crise que se manifesta pelo fracionamento do conhecimento e pela degradação do ambiente, marcados pelo logocentrismo da ciência moderna e pelo transbordamento da economização do mundo guiado pela racionalidade tecnológica e pelo livre mercado.

Além da interdisciplinaridade Leff (2000) também trata da questão ambiental e reconhece que são sistemas complexos, nos quais intervêm processos de diferentes racionalidades, ordens de materialidade e escalas espaços-temporais. A problemática ambiental é o campo privilegiado das inter-relações sociedade-natureza, são a razão pela qual o conhecimento demanda uma abordagem holística e um método interdisciplinar que permitam a integração das ciências da natureza e da sociedade; das esferas do ideal e do material, da economia, da tecnologia e da cultura (UNESCO, 1986).

Dessa forma, passou-se da noção de ambiente que considera essencialmente os aspectos biológicos e físicos, a uma concepção mais ampla, que dá lugar às questões econômicas e socioculturais. Reconhecendo que, se os aspectos biológicos e físicos constituem a base natural do ambiente humano, as dimensões socioculturais e econômicas definem as orientações conceituais, os instrumentos técnicos e os comportamentos práticos que permitem ao homem compreender e utilizar melhor os recursos da biosfera para a satisfação de suas necessidades (IDEM, 1980).

Um dos grandes dilemas da questão ambiental está relacionada à forma de produção de conhecimento ainda hegemônica da ciência moderna, também chamada de “ciência normal”: cientistas e profissionais que tendem a se especializar em visões de mundo e paradigmas isolados que dificultam a comunicação, tanto entre especialistas quanto entre estes e a população em geral. Isso ocorre dentro das profissões no campo da saúde humana e ambiental e de forma ainda mais radical entre estes profissionais e outros das

áreas tecnológicas, sociais e humanas. Portanto, um grande desafio para o enfrentamento de questões complexas como a ambiental reside no desenvolvimento de uma outra forma de ciência, de práticas científicas e institucionais com formas de comunicação que propiciem o florescer de abordagens integradas (FREITAS; PORTO, 2006).

Essas abordagens integradas podem ser realizadas a partir de equipes multiprofissionais; de estudos com características interdisciplinares, sistêmicas e participativas; e de marcos referenciais teóricos e conceituais transdisciplinares.

Já a saúde, para os autores, possui além da dimensão biomédica, dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade. Dependendo de como os valores e os interesses se relacionam dentro das estruturas de poder e da distribuição de recursos existentes.

Retornando a interdisciplinaridade Leff (2000) argumenta que ela implica um processo de inter-relação de processos, conhecimentos e práticas que transborda e transcende o campo da pesquisa e do ensino no que se refere estritamente às disciplinas científicas e a suas possíveis articulações. Dessa maneira, o termo interdisciplinaridade vem sendo usado como sinônimo e metáfora de toda interconexão e “colaboração” entre diversos campos do conhecimento e do saber dentro de projetos que envolvem tanto as diferentes disciplinas acadêmicas, como as práticas não científicas que incluem as instituições e atores sociais diversos.

Para Japiassu (1976) a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa. Do ponto de vista da investigação das questões ambientais e de saúde, a abordagem interdisciplinar é recomendada para análise de problemas complexos com múltiplas e irredutíveis dimensões.

Estas dimensões podem ser analisadas separadamente através de disciplinas distintas em estudos mono (um estudo de cada vez) ou multidisciplinares (vários estudos simultaneamente) por métodos quantitativos ou qualitativos especializados. Entretanto, problemas ou sistemas complexos,

decorrentes da confluência de múltiplos processos e interações, exigem estudos integrados e interdisciplinares (FREITAS; PORTO, 2006).

Sendo assim, campos teórico-operacionais que envolvem e integram múltiplas áreas de conhecimento, profissionais e instituições em torno de problemas comuns são espaços privilegiados para prosperar teorias interdisciplinares e transdisciplinares. Um exemplo claro é o encontro das ciências sociais e da saúde que transformou a saúde pública em saúde coletiva (IDEM, 2006).

As discussões que permeiam a interdisciplinaridade extrapolam a questão simplista que, muitas vezes, é empregada, levando em consideração que o conhecimento científico, fragmentado e sem comunicação, não poderá ser um diferencial para a constituição de respostas as atrocidades geradas pelos “princípios” capitalistas. Tais, como desigualdade, poluição, degradação dos recursos naturais, desemprego, entre outros. Nessa perspectiva, Leff (2000) chama atenção para a contemporaneidade e seus avanços já que,

Hoje se afirma que, graças à modernidade, à Revolução Científica e ao processo de globalização impulsionado pela revolução cibernética e informática, o homem entra em uma nova etapa civilizatória: a era do conhecimento. Isso é verdade, porque nunca antes ele havia construído e transformado o mundo com tanta intensidade sobre a base do conhecimento. Ao mesmo tempo em que o ser humano superexplora recursos e degasta ecossistemas para convertê-los em valor de troca, “tecnologiza” a vida e coisifica o mundo. A ciência e a tecnologia se converteram na maior força produtiva e destrutiva da humanidade. Mas essa civilização do conhecimento é, ao mesmo tempo, a sociedade do desconhecimento, da alienação generalizada, da desertização do saber e o desencantamento do mundo. Nunca antes na história houve tantos seres humanos que desconhecessem tanto e estivessem tão excluídos dos processos e das decisões que terminam suas condições de existência; nunca antes houve tanta pobreza, tanta gente alienada de suas vidas, tantos saberes subjugados, tantos seres que perderam o controle, condução e o sentido de sua existência; tantos homens e mulheres desempregados, desenraizados de seus territórios, desapropriados de suas culturas e de suas identidades. Nessa civilização supercientificada e “hipertecnologizada”, tanto os que dominam como os que são dominados, se encontram alienados de seus mundos de vida, em um mundo no qual a incerteza, o risco e o descontrole aumentam proporcionalmente ao aumento dos efeitos de domínio da ciência sobre a natureza (LEFF, 2000, pág. 23).

Leff (2000) traz a tona uma verdade paradoxal sobre a nossa sociabilidade e o conhecimento na atualidade: vivemos a era do conhecimento,

mas somos a sociedade do desconhecimento. Esse desconhecimento nos afeta em todos os sentidos, inclusive quando validamos processos que degradam o meio ambiente e a saúde, justificado pelo “desenvolvimento necessário” da humanidade ou não interferimos em processos políticos que regem a vida do coletivo, sendo decidido, por vezes, pelo individualismo patrimonialista.

Dessa forma, conforme Freitas e Porto (2006), uma análise integrada e contextualizada de problemas de saúde e ambiente pressupõe uma produção compartilhada de conhecimento que integre diferentes saberes e práticas na análise e solução de problemas.

Os autores também destacam que compreender problemas de saúde e ambiente a partir de um enfoque sistêmico, integrado e participativo, é fundamental para que propostas de um cenário alternativo de desenvolvimento econômico e social possam resultar em balanços mais positivos entre benefícios e os prejuízos dele decorrentes. Especialmente para o campo da saúde pública, tal desafio é estratégico para desenvolver e implementar ações de promoção de saúde.

Dessa forma, a saúde pública poderia melhor considerar as intenções que continuam a ser ignoradas em várias visões e políticas de saúde orientadas pelo paradigma biomédico ou por uma visão ecológica reducionista. Para abordar a questão da interdisciplinaridade e orientar estratégias de investigação e de formação, como políticas ambientais e de desenvolvimento sustentável, deve-se reconhecer os efeitos das políticas econômicas atuais sobre a dinâmica dos ecossistemas e sobre as condições de vida das comunidades. É necessário avaliar as condições econômicas, políticas, institucionais e tecnológicas que determinam a conservação e recuperação dos recursos de uma região. Os estilos de ocupação do território, as formas de apropriação e usufruto dos recursos naturais e da partilha de suas riquezas, assim como o grau e as formas de participação comunitária na gestão social de seus recursos e de suas atividades produtivas (LEFF, 2000).

Essas palavras, resumidamente, apresentam um pouco do direcionamento do Serviço Social, profissão que também tem a interdisciplinaridade como ferramenta de atuação ao tratar da questão

socioambiental, pois estudos (SILVA, 2010; NUNES 2013) são desenvolvidos nessa perspectiva. Contudo, a saúde ambiental ainda se mostra incipiente nas discussões da categoria.

3.3.1 A inserção da saúde ambiental no Serviço Social

Tratando especificamente da área do Serviço Social na questão interdisciplinar e sua movimentação, teórico e prática, dentro das questões ligadas à saúde ambiental, percebe-se que no primeiro ponto a profissão conta com estudos e desenvolve sua prática nessa perspectiva. O segundo ponto, a saúde ambiental, ainda não deslanchou no meio acadêmico, nem nas intervenções junto às populações que necessitam desse olhar crítico.

Ely (2003) afirma que esta profissão se apresenta como arranjos para a propagação desta tendência, a interdisciplinar, uma vez que o caráter dessa se faz presente inclusive no processo de formação e de produção do conhecimento do assistente social e o acompanha em suas ações profissionais.

Rodrigues (1995) descreve que se entendendo a interdisciplinaridade como “postura profissional” e “princípio constituinte da diferença e da criação” compreenderá que o serviço social é uma profissão interdisciplinar por excelência. Assim a interação com outras áreas é particularmente primordial: seria fatal manter-se isolado ou fazer-se cativo. A interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o, no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros. Isso implica romper com dogmatismos, muitas vezes, cultivados no interior da profissão (RODRIGUES, 1995).

A prática da interdisciplinaridade também incentivada pelo Código de Ética do Assistente Social, no capítulo III, artigo 10, alínea d, coloca a participação em equipes interdisciplinares apresentada como um dever profissional, a ser cumprido sempre que se apresentarem possibilidades (ELY, 2003).

Os espaços ocupacionais nos quais estão inseridos os assistentes sociais são, em inúmeros casos, constituídos por equipes que contam com diversos profissionais. A área da saúde, do judiciário, da educação e da

assistência social, são exemplos claros dessa dinâmica interdisciplinar. Cabe ressaltar que cada profissional conta com seu sigilo profissional e essas informações são privativas.

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2011) a atuação interdisciplinar requer construir uma prática político-profissional que possa dialogar sobre pontos de vistas diferentes, aceitar confrontos de diferentes abordagens, tomar decisões que decorram de posturas éticas e políticas pautadas nos princípios e valores estabelecidos nos Códigos de Ética Profissionais. A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho, demanda uma atitude ante a formação e o conhecimento que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação.

É possível perceber que o Serviço Social está em sintonia com a interdisciplinaridade e suas possibilidades de melhoria na realidade em qual intervém, mas no campo específico da saúde ambiental o desenvolvimento teórico e as ações de atuação ainda necessitam ser fomentadas, pois o Serviço Social tem íntima relação com as postulações críticas ligadas ao marxismo. Seu objeto de trabalho configura-se nas expressões da questão social, que são resultantes do sistema capitalista e sua forma de produzir e reproduzir.

A saúde é um campo que o Serviço Social já está inserido e possui um arcabouço teórico-metodológico extenso. Em relação ao meio ambiente, surgem artigos a partir dos anos 1990, mas, principalmente, nos anos 2000, conforme indica Nunes (2013) por meio da composição de eixos de congressos, seminários, bem como tema de dossiês de importantes periódicos da área e a confecção de livros sobre o tema é que acontece sua visibilidade.

O crescimento da degradação ambiental e suas consequências na vida humana chamam atenção cada vez mais de pesquisadores da área e uma ligação com a questão ambiental que para muitos é socioambiental cresce significativamente.

Macedo (2009) argumenta que o meio ambiente diz respeito à qualidade de vida, e é importante frisar que os direitos básicos da população, viabilizados

pelo assistente social, e a própria garantia da qualidade de vida depende da qualidade do ambiente no qual está inserido.

A referida autora na tentativa de mostrar a não vinculação da questão ambiental ao escopo do Serviço Social, apresenta dois fatores importantes:

1 – As problemáticas resultantes dos conflitos relacionados à gestão e à apropriação desigual dos bens ambientais que se configuram como expressões da questão social, o objeto de intervenção do Serviço Social. Sobre a questão social na contemporaneidade, Iamamoto (2007) questiona a tendência ao reducionismo desta categoria. E ressalta a dimensão de totalidade da questão social que compreende múltiplas dimensões, que não pode ser reduzida à exclusão ou à pobreza. Esse reducionismo se constitui como um obstáculo à apreensão da temática pelo assistente social, na medida em que reproduz a máxima do social separado do ambiental.

2 – O meio ambiente não está separado dos demais campos, mas tem relação direta com a saúde, saneamento, habitação, dentre tantas outras áreas. Contudo estas foram alvo de políticas setoriais próprias, enquanto a política ambiental se desenvolveu tardiamente, sem uma ótica integradora com essas áreas com as quais esta relacionada.

Percebe-se duas críticas, uma a profissão e outra em nível institucional. Nem o próprio assistente social dentro da sua formação é capaz de perceber a questão socioambiental, fragmentando em social e ambiental, como duas coisas separadas.

Partindo do princípio de que a gênese da questão social está na Revolução Industrial do século XVIII devido à pauperização, formação do proletariado, fome, inexistência de condições de trabalho. Podendo inferir na questão ambiental a partir desse período, pois a destruição das florestas para o provimento de matéria-prima (madeira), contaminação do solo, ar, água, crescimento desordenado das cidades, também constitui resultado desse fenômeno.

Na atualidade, o agravamento das condições de produção e de reprodução da vida material vem apresentando um desafio aos assistentes sociais, ou seja, a implementação coletiva do projeto ético-político profissional que enfrente as condições nas quais vivem os trabalhadores e os demais

setores subalternos. Assim, convocado a registrar suas contribuições no âmbito da questão socioambiental tanto no plano teórico quanto no âmbito da intervenção cotidiana, o assistente social poderá se inserir neste campo de forma propositiva, crítica, com ações sustentadas nos eixos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. No qual o projeto ético-político do Serviço Social constitui ferramenta essencial e referência a todos os profissionais que buscam imprimir um diferencial de qualidade em seu exercício profissional (NUNES, 2013).

E as políticas públicas se constituem no principal campo de atuação do assistente social, cuja intervenção insere-se no campo da gestão e da execução destas políticas. No entanto, verifica-se a ausência de assistentes sociais nos órgãos públicos responsáveis pela implementação de políticas ambientais. Se os assistentes sociais atuam no campo das políticas sociais com o objetivo de viabilizar os direitos da população, deveriam também estar inseridos nas políticas ambientais visando à viabilização deste direito garantido legalmente? (MACEDO, 2009).

O questionamento é real e preocupante, pois sinaliza a falta desse importante profissional em uma área tão sensível as mudanças econômicas e sociais. Macedo (2009) também pontua que.

[...] o assistente social é um profissional que pode se articular com os movimentos sociais, está próximo das camadas menos favorecidas, possui uma função educativa, e cujo projeto ético político aponta na direção da emancipação humana, e da construção de outra sociabilidade. Contudo, a apreensão da temática ambiental e a formação dos profissionais ainda enfrentam muitos obstáculos. Expressa-se pela falta de docentes e grupos de pesquisa acerca dessa questão, e da não contemplação da mesma em nossas diretrizes curriculares (MACEDO, 2009, pág. 8).

Ao tratar da questão socioambiental, principalmente no nível acadêmico, é comum no Serviço Social ter como base a ideologia neodesenvolvimentista, que se alicerça no crescimento econômico com justiça social. Silva (2015) afirma que na última década, a inserção brasileira na mundialização financeira ocorre mediante a implementação de um modelo de desenvolvimento, o chamado neodesenvolvimentismo. Tal modelo baseia-se na articulação entre a exportação de produtos primários (agrário-extrativistas) e na realização de

grandes obras de infraestrutura — especialmente aquelas afetas à organização dos eventos e à produção de energia —, além do fomento ao mercado interno, baseado em bens de consumo duráveis, produzidos em larga medida pelos monopólios.

De acordo com a autora o modelo conta, para sua legitimidade, além da estabilidade econômica, com alguns avanços na área social, a exemplo da recomposição do poder de compra do salário mínimo, o incremento da oferta de crédito (o que permitiu a expansão do consumo para segmentos importantes da classe trabalhadora, ironicamente denominada de “nova classe média”) e a expansão dos programas sociais (Bolsa-Família, Pronaf etc.).

A questão social, ambiental e socioambiental é tratada pelo Serviço Social em disciplinas, congressos, locais de atuação profissional, mas a saúde ambiental, enquanto campo da saúde pública é citada, mas não problematizada. Desse modo é fundamental a discussão desse tema por essa profissão, que não é ciência, mas conta com um vasto acervo de produções, além de ser uma profissão configurada para intervir na realidade social e suas contradições.

A saúde ambiental como produto da ampliação do conceito de saúde e meio ambiente, amplia a percepção dos impactos do modo de produzir na vida das populações e a desigualdade que essas introduzem. Constitui avanço para o campo da saúde ambiental e para o serviço social e, principalmente, para os que estão em vulnerabilidade. Pois os estudos e as ações dessa profissão contribuirão para o melhoramento e para a busca de soluções com o objetivo de atenuar e superar as condições que levam ao adoecimento e a degradação ambiental.

CONCLUSÃO

O estudo teórico de determinado tema é a peça chave para a sua compreensão, cada vez mais próximo da realidade. Partindo de uma situação concreta, as variadas formas de entender e agir são repassadas para o aspecto teórico.

Ao perceber, desde as civilizações mais antigas, que a interação entre saúde e meio ambiente existe e determina a condição de qualidade de vida dos seres humanos, cada vez mais estudos são desenvolvidos na intenção de extinguir possíveis prejuízos às sociedades.

Dentro desse aspecto, esse estudo buscou apresentar a saúde ambiental como assunto indispensável nas mais diversas áreas do conhecimento, particularmente, ao Serviço Social. A noção de saúde se amplia quando incorporado às questões ligadas ao ambiente e sendo a saúde pública direito de todos e dever do Estado, é fundamental seu aprofundamento através de pesquisas e ações.

A saúde pública no país sempre passou por muitas tensões: precariedade, privatizações, disputas pelo modelo de trabalho com os usuários e isso acarretou graves problemas para sua condução. A leitura sobre a saúde na dissertação nos remete a essas questões, mas também podemos perceber que as lutas por mudança surtiram efeito, mesmo que na esfera política, legal, sobretudo, na formulação do SUS e sua consolidação na Constituição Federal de 1988. O movimento sanitário ganha destaque nesse ponto, além dos demais movimentos sociais.

No mesmo bojo de mudanças e conquistas encontra-se a saúde ambiental, que conseguiu começar a se desenvolver nesse período no país. A forma que se processou a industrialização no Brasil, também corroborou para o fomento da saúde ambiental, pois a rápida mudança em sua estrutura – urbano, ambiental, populacional – fez surgir e crescer determinantes e condicionantes da saúde, sendo necessária uma intervenção a nível nacional.

As mudanças operacionalizadas pelo Estado, desde o início da industrialização como, desapropriações, alterações no ambiente e redução de impostos, beneficiam a indústria e suas etapas de produção, enquanto a

população tem que se adaptar aos impactos causados. O meio ambiente segue não sendo respeitado, como se fosse uma coisa separada dos seres humanos, ganhando visibilidade de forma compartimentada dificultando sua apreensão na totalidade.

Nesse debate de totalidade, analisar os determinantes sociais e ambientais da saúde é imprescindível para a tomada de decisões que extrapolam a área “médica”, incluindo questões sociais, relacionais, geográficas, ambientais, sendo todas interlaçadas e consideradas condicionantes da saúde também.

Essa afirmação é fundamental para a aproximação do conceito de saúde ambiental, proposto no objetivo dessa dissertação, e deve continuar sendo trabalhada, sobretudo, aprofundada nas diversas áreas e no Serviço Social.

A desigualdade social é um ponto fundamental para a compreensão da saúde ambiental, principalmente, seus efeitos sobre os mais pobres ou de grupos raciais e étnicos historicamente discriminados. Essa injustiça ambiental é um retrato de como os aspectos sociais podem interferir na saúde de um grupo, como nas suas interações com meio ambiente.

A construção de uma política nacional de saúde ambiental é ponto estratégico e de verdadeira consolidação dessa área nas políticas públicas, saindo de um plano prático para um institucionalizado. A intersectorialidade com as demais políticas é condição *sine qua non* para existir.

É elementar continuar os estudos da saúde ambiental, fomentando seu desenvolvimento no Serviço Social, pois essa referida profissão tem um importante papel na reprodução social dos indivíduos e tem nas expressões da questão social sua matéria-prima de trabalho. Além de serem as políticas públicas sua maior área de inserção e desenvolvimento de trabalho.

Portanto, os aspectos problematizados nessa dissertação não tem a intenção de serem definidores, pelo contrário, pretende-se iniciar ainda mais essa discussão no Serviço Social. Por isso o objetivo de aproximação com o conceito de saúde ambiental, que alcance uma esfera ampla de estudos, atendendo assim as necessidades da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Gisele O. Novos espaços de atuação sócio-ocupacional do serviço social: a responsabilidade socioambiental em perspectiva. In: GUERRA, Yolanda; LEITE, Janete L.; ORTIZ, Fátima G. **Temas contemporâneos: o serviço social em foco**, 1ª ed São Paulo: Outras Expressões, 2013.

ACSELRAD, Henri; MELLO, Cecília Campello do Amaral; BEZERRA, Gustavo das Neves. **O que é justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009

ALHAMA, José Sánchez. Ecología de la salud. In: PENA, Francisco Garrido (comp.). **Introducción a la ecología Política**. Colecion Ecorama. Granada: Editorial Comares, 1993.

AUGUSTO, Lia G. Saúde e Ambiente In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BARATA, R. C. B. **Avaliação dos sistemas locais de saúde**: A perspectiva da epidemiologia. 2ª ed. São Paulo Ed: MIMEO, 1990.

BARCELLOS, Christovam; QUITÉRIO, Luiz A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2001.

BUSS, P. M. **Promoción de la salud y la salud pública**: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Mimeo, 2000.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMELLO, Thereza C.F. et al. **Gestão e vigilância em saúde ambiental**. Rio de Janeiro. Ed: Thex, 2009.

CAMPOS, Gastão W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1, 2007.

CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. Rev. Serviço Social e Sociedade, pág. 613 – 636, nº112. São Paulo: Cortez. 2012.

COLE, Luke W.; FOSTER, Sheila R. **From the ground up: environmental racism and the rise of environmental justice movement**. New York and London: New York University Press, 2001

DINIZ, Clélio C.; CROCCO, Marcelo A. Reestruturação econômica e impacto regional: o novo mapa da indústria brasileira. **Nova economia**, v. 6, n. 1, p. 77-103, 1996.

DOWBOR, T. P. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo**. 2008. 254 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. .

ELY, Fabiana Regina. Serviço Social e interdisciplinaridade. **Revista Katálisis**, v. 6, n. 1, p. 113-117, 2003.

FREITAS, Carlos M.; PORTO, Marcelo F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro, Ed: FIOCRUZ, 2006.

GIATTI, Leandro G. Fundamentos das relações entre saúde e ambiente. In: GIATTI, Leandro L. (Org). **Fundamentos de saúde ambiental**. Manaus, Ed: UFAM, 2009.

GOMES, Horieste. A questão ambiental: Idealismo e Realismo Ecológico. In **Terra Livre** n.3. São Paulo. p 33-54, mar 1988.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.

HERCULANO, Selene. O clamor por justiça ambiental e contra o racismo ambiental. **InterfacEHS-Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 3, n. 1, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26ª ed. São Paulo, Cortez, 2015.

ITANI, Alice; VILELA FILHO, Alcir. **Saúde do trabalho e meio ambiente: Os riscos e a integração necessária**. III Encontro da ANPPAS. Brasília, 2006.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e a Patologia do Saber**, Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KOWARICK, Lúcio. **A Espoliação Urbana**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1979.

LAYRARGUES, P. P. **A cortina de fumaça: o discurso empresarial verde e a ideologia da racionalidade econômica**. São Paulo: Annablume, 1998

LEFEBVRE, H. **A revolução urbana**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2004.

LEFF, E. Pensamento sociológico, racionalidade ambiental e transformação do conhecimento, p 109-157. In: LEFF, E. **Epistemologia ambiental**. Cortez editora, São Paulo, 2000.

LEROY, Jean Pierre. Justiça Ambiental. In: ZHOURI, A. L. M; LASCHEFSKI, K. (Cord). **Mapa dos conflitos ambientais de Minas Gerais**, 2011.

LUDWIG, A. C. W. **Fundamentos e práticas de metodologia científica**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MACEDO, Maria K. S. **Serviço social e questão ambiental: uma análise da crise ambiental e seus desdobramentos na sociedade e no meio profissional**. Trabalho apresentado na IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2009.

MARCONDES, Willer B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.

MARTINS, Ana Maria Barbieri Bedran. **Análise da produção científica sobre os determinantes sociais de saúde na Faculdade de Saúde Pública-USP**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MOREIRA, Ruy. **Modelo industrial e meio ambiente no espaço brasileiro**. GEOgraphia, Niterói: UFF/Pós-Graduação em Geografia, v. 5, n. 9, p. 7-39, 2003

MOTA, A.; AMARAL, A.; PERUZZO, J. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. IN: MOTA, A. (Org). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**. Crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012

NETTO, José P. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo. Cortez, 1993

NETTO, José P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis**, Brasília, ABEPSS, ano 2, n. 4, p. 41-49, 2001.

NUNES, Letícia Soares. A questão socioambiental e a atuação do assistente social. In: **Rev. Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 196-212, jan./jun. 2013.

ORDÓÑEZ, Gonzalo A. Salud ambiental: conceptos y actividades. **Rev Panam Salud Publica**, v. 7, n. 3, p. 137-47, 2000.

PASSOS, P. N. C. A conferência de Estocolmo como ponto de partida para a proteção internacional do meio ambiente. In: **Revista Direitos humanos & democracia**, 2009.

POLIGNANO, Marcus V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM**, v. 35, 2001.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100008&script=sci_arttext Acesso em: 02 fevereiro. 2016.

RIGOTTO, Raquel M. Saúde ambiental e Saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. **Rev. Bras. Epidemiologia** Vol 6, Nº4, pág 388 a 404, 2003

RODRIGUES, Maria Lúcia. O serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, Maria L. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. In: **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SANTOS, Milton. **Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e Meio técnico-científico informacional**. 5ª ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo, Nobel, 1985.

SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H (Org). **The university at the crossroad**. New York: Henry Schumann Publisher, 1946.

SILVA, José G. da. **A modernização dolorosa: estrutura agrária, fronteiras agrícola e trabalhadores rurais no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1981.

SOBRAL, André; DE FREITAS, Carlos Machado. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

TAMBELLINI, Anamaria. T. CÂMARA, Volney. M.. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo de saúde coletiva: Aspectos históricos, conceituais e metodológicos. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, ISSN 1413-8123, 3(2):47-59, abr./jun. 1998.

TARLOV, A. R. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. **Health and social organization: toward a health policy for the 21 century**. London: Routledge, 1996.

VAINER, C. B.; ARAÚJO, F. G.. **Grandes projetos hidrelétricos e desenvolvimento regional**. Rio de Janeiro: CEDI, 1992.

VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad em salud: desafios para el Estado y la sociedad civil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000300002&lng=en. Acessado: 20 de outubro de 2015.