**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS DE SAÚDE E AMBIENTE: A
CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
AMBIENTAL**

Fabiana de Oliveira Sá

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Prática de Saúde

Orientadora: Maria Cecília Foccesi Pelicioni

**São Paulo
2006**

POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS DE SAÚDE E AMBIENTE: O PROCESSO EM CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL

Fabiana de Oliveira Sá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Prática de Saúde

Orientadora: Maria Cecília Foccesi Pelicioni

**São Paulo
2006**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico:

Ao pai de todos os homens e mulheres, pelo livre arbítrio e pela oportunidade da vida.

À mãe-terra, que nos proteja mãe da Terra!

Ao meu pai, que foi quem mais compartilhou comigo deste trabalho e que me honra com seu exemplo e força de vida.

À minha mãe, personificação do amor, rainha do meu coração.

À mãe-segunda, in memorial, por ter nos deixado o legado da união.

AGRADECIMENTOS

Principio manifestando minha grande alegria e gratidão, por essa força universal que se representa na natureza divina e na fé. Foram incontáveis as noites e dias de trabalho. Com o sol eu despertava, com a beleza das flores, com a melodia dos pássaros e com todas as formas de vida que cercavam eu me estimulava, e com a lembrança da lua, eu reunia os últimos esforços antes do repouso. À Chácara Matita Perê, que em todos os seus cantos e encantos, foi o cenário de construção dessas letras. Grata Deus, por me presentear com tanta vida, com tantas oportunidades e por me preparar para o trabalho.

À minha luta, silenciosa, fiel e densa, sofrida mas vencida. Não saio deste trabalho como entrei. nos dissabores, veio o aprendizado. Nas pequenas conquistas, o reviramento. Nas incertezas, a tranquilidade de que tudo é crescimento. Nos sonhos, a paz da alma.

À querida Cecília, minha orientadora, pelo zêlo, pelo afinho, pelo compromisso. Grata Cecília, por me promover sempre, por me acreditar e por me compreender. Concluo esse trabalho, com a certeza de que desenvolvemos além da pesquisa, o afeto, o respeito, a confiança.

Aos meus pais, a gratidão eterna por todos os ensinamentos, mas principalmente pela coerência nos bons exemplos. Pela educação emancipadora; por me respeitarem desde os primeiros sorrisos a ser simplesmente eu; por todo o tempo, recursos e dedicação na minha formação. Por fortalecerem em mim essa responsabilidade de compartilhar com os outros, aquilo que tive a oportunidade de ver, de ter e aprender.

Aos meus irmãos Keké, Fred e Junim, que são meus companheiros nos desafios dessa vida, que me compreendem nas desandanças e crêem com fé nas minhas virtudes. Grata meus amores, por estarmos juntos nesse barco da evolução.

Aos meus queridos Dani e Isa, que não só me receberam em suas casas, possibilitando as minhas vindas à São Paulo. Mas que acima de tudo, me fizeram sentir acolhida de verdade, por todo o carinho que me dedicaram. Grata meus queridos, muito queridos à mim.

Ao Dr. Marco Antônio, homem nobre, de valor, que tanto admiro. Grata, Marco, por tudo que aprendi com você, por ter ajudado essa menina a se tornar uma profissional. Com sua permissão, pude me ausentar tantas vezes, e só assim operacionalizar essa vontade de fazer ciência.

Ao Dr. Guilherme e Dra. Anamaria que como meus coordenadores, nunca obstaram que eu cumprisse as necessidades do mestrado. Grata por compartilharem comigo suas experiências e conhecimentos nas entrevistas, enriquecendo esta investigação. Grata ao Wander, Jacira, Mariano e Zezé, por também dividirem comigo suas vivências e saber. Grata à Dra Nádima, pelas discussões que me induziram à reflexão e ao amadurecimento. Grata a vocês e a tantos outros companheiros de trabalho, pelos empreendimentos singelos mas verdadeiros na militância da saúde ambiental.

Aos amigos e familiares que me acompanharam nesse processo. Aos que puderam compreender minhas ausências e aos que nunca entenderam os meus devaneios, mas que simplesmente sorriram e me abraçaram com o olhar ou com as palavras. Grata pelas muito bem vindas ajudas de última hora, Thiago, Gilson, Lis e Cláudia.

Ah, claro! Ao Moreno, por ter suportado de perto minha fadiga e respondido sempre com entusiasmo e carinho. Cadê meu Moreninho, gente???

ABSTRACT

Taking into account the constitutional proclaims which deal with the rights to the health and to the ecologically balanced environment, as well as considering the duty of the State to guarantee wide, integrated and sustainable economic and social policies, able to promote and protect the human health, and inviting the community to the joint construction of such a social welfare, shall the public institutions to guide their planning by means of the formulation and management of public policies that cover the whole dimension of the human beings and their relation with the environment, strengthening the citizenship and the equality, superploughing also the imbalance between material progress and social justice, as well as the fragmentation that leads to inefficiency, reductionism, lack of management and the exclusion of the collective interests. The purpose of this study is to develop the subject of integrated public policies on health and environment and to investigate the process under construction of the Environmental Health National Policy, identifying and analyzing the initiatives in this sense within the Brazilian Government, since the conception of the environmental health field in the scope of the Single Health System. By means of qualitative research, based on a screening approach and analytical-descriptive oriented, this case study investigated the specific bibliography, official documents and related legislation, besides the accomplishment of semi-structured interviews with proper and experienced parties. The study recovered the initiatives of establishment of such a Policy, and it was also observed that the given steps, the importance of this subject in the national scenario and the support of some stakeholders in the process refreshed the question. Many barriers can still be found, as the scientific unfamiliarity on the subject, the incipient social participation on the process, the lack of experience of the Public Administration on integrated actions and policies, and the “same old” management discontinuity. Even though, one expects that the process keep on going, on a democratic and open basis, lightened by the thoughts and conquests of the sanitary Reformation.

Keywords: intersectorality; health promotion; environment; integrated public policies; environmental health.

RESUMO

Tendo-se em vista os proclames constitucionais que tratam dos direitos à saúde e ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, relacionando o dever do Estado em garantir políticas econômicas e sociais abrangentes, integradas e sustentáveis, hábeis a promover e proteger a saúde humana, e convocando a comunidade à construção conjunta deste bem-estar social, devem as instituições públicas orientar seu planejamento, concretizando isto por meio da formulação e gestão de políticas públicas que alcancem a dimensão integral do ser humano e sua relação com o ambiente, consolidando a cidadania e a igualdade e superando a defasagem entre progresso material e justiça social e a fragmentação geradora de ineficiência alocativa, reducionismo, má gestão e distanciamento dos interesses coletivos. Propõe-se desenvolver o tema de políticas públicas integradas de saúde e ambiente e investigar o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, identificando e analisando as iniciativas nesse sentido dentro do Governo Federal Brasileiro, desde a concepção da área de Saúde Ambiental no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por meio de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, procedeu-se à um estudo de caso, investigando-se bibliografia específica, documentos oficiais e legislação referente à matéria, além da realização de entrevistas semi-estruturadas com pessoas com o conhecimento e experiência salutar no desenvolvimento deste processo em construção. A pesquisa recuperou as iniciativas de estabelecimento desta Política, restando observado que os passos dados, a própria insurgência do tema no cenário nacional e o estímulo de alguns atores protagonistas no processo, possibilitaram boas expectativas em torno da questão. Muitas dificuldades se apresentaram, contudo, como a própria insegurança pelo desconhecimento científico sobre o assunto, a incipiente participação social no processo, a inexperiência da Administração Pública quanto às ações e políticas integradas, a “velha” descontinuidade na gestão. Mesmo assim, espera-se seja dado cabo ao processo, de forma democrática e aberta, à luz do pensamento e conquistas da Reforma Sanitária.

Descritores: Intersetorialidade, Promoção da Saúde, Meio Ambiente, Políticas Públicas, Saúde Ambiental.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. ANTECEDENTES	01
1.2. POLÍTICAS	08
1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS.....	14
1.4. NO CAMINHO DA INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE E AMBIENTE.....	19
2. OBJETIVOS.....	23
3. METODOLOGIA	24
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
4.1. POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO BRASIL.....	30
4.1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	30
4.1.2. APROXIMANDO AS ÁREAS DE SAÚDE E AMBIENTE.....	47
4.1.3. DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E AMBIENTE	52
4.1.4. DA INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE.....	55
4.2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS	61
4.2.1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	68
4.2.2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SETOR SAÚDE EM POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE.....	73
4.2.3. DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE AMBIENTAL	76
4.3. ASPECTOS JURÍDICOS DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E AMBIENTE.....	82
4.3.1. DOS DIREITOS SOCIAIS	82
4.3.2. FUNDAMENTOS DO DIREITO DA SAÚDE.....	87
4.3.3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA INTERAÇÃO ENTRE SAÚDE E AMBIENTE	97
4.4. DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL - PNSA.....	102
4.4.1 DA CONCEPÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL NO ÂMBITO DO SUS.....	114
4.4.2 DO PROCESSO EM CONSTRUÇÃO DA PNSA	119
5. CONCLUSÕES	130
6. REFERÊNCIAS	132

ANEXOS

- I. Instrução Normativa n 1 de 07 de março de 2005
- II. Portaria n 2253 de 11 de dezembro de 2001
- III. Termo de Cooperação que entre si celebram o Ministério do Meio Ambiente - MMA e o Ministério da Saúde – MS
- IV. Roteiros de Entrevista
- V. Termo de Consentimento Esclarecido - Guilherme Franco Netto
- VI. Termo de Consentimento Esclarecido - Anamaria Testa Tambellini
- VII. Termo de Consentimento Esclarecido - Jacira de Azevedo Cancio
- VIII. Termo de Consentimento Esclarecido - Wander Geraldo da Silva
- IX. Termo de Consentimento Esclarecido - Marcio Antônio Mariano da Silva
- X. Termo de Consentimento Esclarecido - Maria José Salles
- XI. Documento “Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental”

1. INTRODUÇÃO

“O que torna o homem um ser político é sua faculdade de agir; ela o capacita a se unir a seus pares, atuar de comum acordo e partir para metas e empreendimentos que nunca lhe passariam pela cabeça, sem falar nos seus desejos reais, se não lhe tivesse sido dada a dádiva de iniciar coisas novas”
HANAH ARENDT, 1999

1.1. ANTECEDENTES

As preocupações sobre às questões ambientais em união às sadias condições de vida da população, foram ampliadas no Brasil, a partir da década de 1970. Em seguida à realização da primeira Conferência Internacional sobre Meio Ambiente, promovida pela Organização das Nações Unidas em Estocolmo, na Suécia, em 1972, foi criada a Secretaria Especial do Meio Ambiente, vinculada ao Ministério do Interior.

Como salienta PIGNATTI (1998, p.160) o ponto de conjunção entre saúde e ambiente “começa a revelar novos contornos a partir da década de 60, nos países industrializados e a partir do final da década de 70, no restante do mundo”. Acrescenta que muitos estudos em áreas tradicionais do pensamento humano têm se preocupado com a relação predatória do homem com a natureza, os efeitos do industrialismo e do voraz consumismo da sociedade. Não obstante, destaca que “o que há de novo é a concepção social do ambiente, como resultado da integração da lógica da natureza e da lógica da sociedade”.

Uma nova ótica do conceito de saúde, sucessora da medicina social, vislumbrando a promoção da saúde como instrumento indispensável à obtenção do bem-estar e qualidade de vida humana, e integrando uma abordagem holística, consciência ecológica e a necessidade dos cuidados relativos às condições de vida das populações, teve seu marco inicial nos

resultados obtidos em estudos realizados na região dos Grandes Lagos situados na divisa entre Canadá e EUA.

No campo teórico, houve em 1974, a publicação do Relatório Lalonde¹, apontando a importância do viés ecossistêmico na avaliação e criação de ambientes saudáveis. Observou-se o caráter eminentemente preventivo e o despertar da visão mais ampliada dos fatores condicionantes e determinantes da saúde social, além de alertar que profundas mudanças no ambiente e no comportamento poderiam significar reduções de morbidade e morte prematura.

“A motivação central do *Informe Lalonde* parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava” (BUSS, 2003, P.22).

Até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para a melhoria da saúde enfatizava a organização dos cuidados e serviços médicos. Constatou-se a concentração dos gastos públicos no tratamento das enfermidades sem efetivamente preveni-las, e ainda, sem que se promovesse uma vida mais saudável para a população. Contudo, desenvolveu-se um novo olhar, rompendo-se com a concepção mecanicista da vida e com o modelo cartesiano que a sustentava, representada pelo modelo biomédico.

Surgiu neste contexto, a proposta das Cidades Saudáveis, que enfatiza a idéia de um planejamento sistemático, continuado e intersetorial, e constitui-se em uma das mais

¹ Documento intitulado “Nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses”, publicado na gestão do Ministro da Saúde e do Bem-estar do Canadá, Marc Lalonde.

importantes iniciativas da Organização Mundial de Saúde – OMS, para o desenvolvimento e melhoria de condições de saúde e qualidade de vida urbana.

A Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde de 1978, estabeleceu a meta de saúde para todos no ano 2000 e suscitou diversas discussões, “realçando um novo pensamento na caracterização do processo saúde-doença, relacionando um conjunto de valores, tais como, a solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida, incorporando portanto, as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas como componentes necessários às ações e políticas sanitárias” (ANDRADE e BARRETO, 2002, p.156).

Chama a atenção este documento para a importância de se envolver nos cuidados primários todos os setores e elementos correlatos ao desenvolvimento nacional e comunitário, concluindo portanto que a saúde não é de alçada exclusiva do setor sanitário. Alerta sobre a necessidade de diminuição da desigualdade do estado de saúde entre as populações de um país, e entre os países, uma vez que relaciona condições de vida com os níveis de saúde da população. Ainda, aponta que para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, “os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BYDŁOWSKI, WESTPHAL e PEREIRA, 2004, p.15).

No mesmo diapasão, a I e II Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, realizadas em 1986 e 1988, em Ottawa e Adelaide, respectivamente, representaram um grande avanço na sedimentação das novas propostas e disseminação global das mesmas. Além disso, destaca a primeira Carta que a participação de outros setores deve ser harmônica, baseada em justiça social e equidade, distribuição de renda e proteção dos ecossistemas. Também, indica

três metodologias de processo, quais sejam a mediação, a capacitação e a advocacia, e “considera a elaboração e implementação de PPS² um dos cinco campos de ação social para a promoção da saúde, ao lado da criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (Buss *apud* TEIXEIRA, 2004, p.38).

Em Adelaide houve a proposição de novas prioridades no cuidado com a saúde consistentes na saúde da mulher, nutrição, tabagismo, alcoolismo e políticas ambientais. Reforça outrossim, a questão da equidade e da responsabilidade em relação às políticas de saúde. Como recomendações dessa Conferência, destaca PELICIONI (1999, p.76) “os ambientes sociais e físicos devem necessariamente estar comprometidos com a saúde e a melhoria da qualidade de vida da população”. Complementa que “políticas que promovam a saúde só podem ter sucesso em ambientes que conservem os recursos naturais, através de estratégias ecológicas de alcance global, regional e local”.

Em Sunsvall, 1991, onde se realizou a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, restou considerada essencial a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde, assim como o monitoramento dos fatores do meio ambiente e suas influências na saúde, para orientar as intervenções e políticas, particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização.

“A Conferência de Sundsval traz, com notável potência, o tema do ambiente para a arena da saúde; não restrito apenas à dimensão física ou ‘natural’, mas também às dimensões social, econômica, política e cultural. Assim, refere-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, 2003, p.29).

MARCONDES (2004) ressalta a importância na abordagem da promoção da

² Políticas Públicas Saudáveis – PPS.

saúde, de fatores referentes ao seu conceito ampliado, com sua dimensão de processo dinâmico e em permanente mudança; a incorporação das condições de vida geradas pelas relações sociais, para além da prática clínica e a ênfase no cuidado e não na cura (p.6). Defende mais adiante que as propostas da promoção da saúde não têm o condão de “legitimarem ideologicamente a retração das políticas sociais do Estado”, nem tampouco de gerar “culpabilização da população diante da falta de autocuidado”. Coloca esta, por fim, como “um campo de práticas e de reorientação de serviços, com marcos legais e legislação específicos, políticas públicas saudáveis e intersetoriais e a ampliação das ações com novos protagonistas e atores sociais na área da saúde” (p.12).

Deve ficar claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção nem deve corresponder a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com esta compreensão não deve se constituir como mais um programa, mais uma estrutura organizacional. Ao contrário, se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual (Ministério da Saúde, 2002, p.14).

Quanto à evolução da questão em solo nacional, vale mencionar, o Movimento pela Reforma Sanitária revelou-se um importante marco de mudanças paradigmáticas da prática de saúde, e contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 inspirou os constituintes de 88, estimulando as alterações da estrutura jurídico-institucional e ampliação do conceito de saúde vigentes, considerando esta como resultante das condições de vida e do meio ambiente.

Pode se dizer ainda que, no Brasil, a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, Eco-92, deu ensejo a um processo de debates, modificando em muito o prisma das relações entre saúde e meio ambiente. Muitos e significativos esforços tem sido reunidos, nas esferas nacional e local, no sentido de implantar o documento procedente deste encontro, a Agenda 21.

Conforme dispõe o documento “Nosso Futuro Comum”, elaborado pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento – CMMAD e publicado em 1987, “o desenvolvimento sustentável não recai somente sobre o ambiente, mas sobre a economia e nossa sociedade também. Ele incentiva a conservação e a preservação de recursos naturais e do ambiente, e a gerência da energia, do desperdício e do transporte. O desenvolvimento sustentável é desenvolvido baseado nos testes de padrões de produção e do consumo que podem ser perseguidos no futuro sem degradar o ambiente humano ou natural. Envolve compartilhar a equidade dos benefícios da atividade econômica através de todas as seções da sociedade, para realçar o bem estar dos seres humanos, para proteger a saúde e aliviar a pobreza. Para ser bem sucedido, as atitudes dos indivíduos, assim como de governos, no que diz respeito aos nossos estilos de vida atuais e ao impacto que têm no ambiente necessitarão mudar”.

Sob o enfoque do desenvolvimento sustentável, a Agenda 21 considera que ambiente e saúde necessitam de abordagem integrada, estabelecendo como prioritária a satisfação das necessidades de atendimento primário da saúde das populações, como parte do esforço integrado de promoção do desenvolvimento sustentável. Entre seus objetivos está, satisfazer as necessidades sanitárias básicas das populações rurais, urbanas e das periferias urbanas, proporcionar serviços especializados de saúde ambiental e coordenar a participação dos cidadãos e de todas as áreas relacionadas com a saúde. A Agenda 21 destaca ainda que a saúde depende de um ambiente propício, da existência de abastecimento seguro de água, de serviços de saneamento, de abastecimento seguro de alimentos e de nutrição (Ministério da Saúde, 2002, p.20).

Aproximando os temas de saúde e ambiente, a Agenda 21 propõe o desenvolvimento de planos e ações considerados prioritários, com vistas a: reunir o conhecimento sobre a relação entre a saúde e o meio ambiente, sobre os problemas a ser enfrentados e sobre os instrumentos científicos e práticos disponíveis para a ação; declarar os princípios e proporcionar a informação necessária para formular e executar os aportes necessários em matéria de saúde como parte de estratégias locais, nacionais e internacionais para manter o meio ambiente saudável a médio e longo prazos; e identificar as necessidades

prioritárias de maior conhecimento científico, técnico e programático – um temário para a pesquisa básica e aplicada (PHILIPPI Jr, PELICIONI; 1999, p.2).

Pode-se mencionar também outros eventos que evidenciaram a importância da proteção da saúde e do ambiente para a construção de um novo modelo de desenvolvimento. Entre eles a Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde em Bogotá (1993), Conferência Cúpula das Américas em Miami (1994), a Conferência Panamericana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável em Washington (1995) e as Reuniões de Cúpula de Santa Cruz de la Sierra (1996) e Santiago (1998).

Outras reuniões técnicas como a IV e V Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, de Jacarta em 1997 e da Cidade do México em 2000, também consolidaram as propostas. Destacaram como caminhos, a primeira a inclusão do setor privado e outros parceiros, para implementação das políticas de saúde e a segunda, reforça a necessidade de abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, nessa nova dimensão.

“A Cúpula de Joanesburgo realizada em agosto de 2002 reafirmou a maioria dos compromissos celebrados na Cúpula da Terra de 1992, no Rio de Janeiro, antes mencionados, através da Declaração de Joanesburgo sobre Desenvolvimento Sustentável e do denominado Plano de Implementação. Este é um documento de 54 páginas e 153 parágrafos, tratando de: 1) erradicação da pobreza; 2) mudanças nos padrões não-sustentáveis de produção e consumo; proteção e manejo dos recursos naturais; 3) desenvolvimento sustentável num mundo globalizado; 4) saúde e desenvolvimento sustentável; 5) desenvolvimento sustentável de pequenas ilhas; 6) desenvolvimento sustentável da África; 7) desenvolvimento sustentável em outras regiões do mundo (incluindo América Latina e Caribe; Ásia e Pacífico; Ásia Oriental; e Europa) e 9) meios de implementação” (BUSS, 2002, p. 29).

A Declaração de Novo Leon, produto da Cúpula Extraordinária das Américas realizada em 2004 em Monterrey afirma que garantir a saúde ambiental constitui um investimento para o bem-estar e prosperidade a longo prazo. Recomenda, ainda, a elaboração de uma agenda de cooperação entre Ministros de Saúde e Meio Ambiente, com vistas a

prevenir e minimizar os impactos negativos no meio ambiente e na saúde humana.

Convém dar relevo ainda, às metas do milênio estabelecidas pela Organização das Nações Unidas – ONU, e pactuadas por 191 países que se comprometeram em cumpri-las até o ano de 2015. Os objetivos destas são: 1) erradicar a extrema pobreza e a fome, reduzindo à metade o percentual de pessoas com renda inferior a US\$ 1/dia; 2) atingir o ensino básico universal, garantindo a todas as crianças e adolescentes pelo menos o ensino fundamental; 3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, eliminando as desigualdades entre os gêneros no ensino fundamental, médio e superior; 4) reduzir a mortalidade infantil, diminuindo em dois terços a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos; 5) melhorar a saúde materna, reduzindo em 75% as taxas de mortalidade materna; 6) combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, detendo e começando a reduzir a incidência da malária e outras graves doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental, incorporando os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas públicas e programas nacionais, invertendo a perda de recursos ambientais, reduzindo à metade o percentual de pessoas sem acesso à água potável; e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento, através de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em normas e não discriminatório.

Como se pode notar, em menor ou maior grau, ocorre a relação da saúde ambiental com todas as metas estabelecidas, seja como condicionantes ou determinantes, ou como instrumentos e objetivos diretos de atuação desta área.

A implementação e o cumprimento destes acordos e planos de ação requerem uma ação multissetorial coordenada, a fim de assegurar que os distintos setores assumam sua responsabilidade de atuar sobre os problemas de saúde ambiental em suas respectivas áreas e jurisdições. Isto exige um trabalho amplo para garantir que os aspectos de saúde estejam

devidamente incorporados aos planos e processos nacionais e setoriais de desenvolvimento. Assim, requer-se desenvolver no setor saúde, a capacidade de desempenhar suas funções de liderança e de assessoria em assuntos de saúde ambiental (OPAS, 2000, p.15).

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS

A organização das instituições públicas deve ser orientada pelo planejamento das ações, que incluem a elaboração de princípios e diretrizes para a atuação dos diversos órgãos e setores responsáveis, dando portanto, concretude a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

Segundo RUA (1998, p.232), “a política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos. (...) compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores”.

Para MONTEIRO (1982, p.6), “trata-se de uma atividade de controle, independente da ocorrência de produção ou consumo de bens e serviços.” Citando King, acrescenta que “é um curso de ação (ou inação) conscientemente escolhido e orientado para um determinado fim” (p.8). Esclarece também que pode ser estabelecida segundo diferentes dimensões: a) por área substantiva (ex: saúde); b) por tipo de parâmetro manipulado pelos *policy-maker* (ex: monetária); c) por jurisdição político-administrativa (ex: federal); e d) por clientela (ex: assalariados) (p.6).

Políticas públicas são conceituadas como “diretrizes, princípios, metas coletivas conscientes que direcionam a atividade do Estado, objetivando o interesse público”, por

Garcia *apud* FRISCHEISEN (2000, p.78).

Por fim, entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos (Ministério da Saúde, 1999, p.7).

As políticas são formas do poder público responder às demandas que vão surgindo, sejam elas novas, mesmo que existam apenas como “estados de coisas” como salienta RUA, não estando ainda incluídas na agenda governamental, ou recorrentes. Os envolvidos nos processos são os atores políticos, que são aqueles diretamente afetados pelas decisões e ações da política; são sempre específicos e identificáveis (1998, p.234-8).

Entende MONTEIRO ser muito limitativa a caracterização de política pública como política de Governo, uma vez que incidem os “problemas de fronteiras” (1982, p.15). Neste sentido, recorre a Vaison para arrolar duas categorias de decisão que ampliam tal conceito “a) aquelas tomadas por grandes empresas ou grupos de empresas que, sem se (sic) operem às políticas governamentais, afetam a oferta de bens e serviços, bem como as oportunidades de emprego abertas à sociedade; e b) aquelas tomadas por outras organizações privadas (v.g., associações profissionais, congregações religiosas) que afetam os cidadãos além da sua relação de associação com essas organizações” (Vaison *apud* MONTEIRO, 1982, p.18).

Ainda que o objeto deste trabalho sejam as políticas públicas integradas de saúde e ambiente, não se pretende aqui pormenorizar os diversos conceitos de políticas. Nesse sentido, e considerando o exposto, neste trabalho são vistas como aquelas exclusivamente emanadas pelo Poder Público. Vale ressaltar todavia, a importância de se garantir a

participação da sociedade civil em sua formulação e gestão.

Quanto à classificação podem ser chamadas de distributivas, que são aquelas em que o Governo distribui recursos a uns, sem que pelo menos a curto prazo, o faça em detrimento de outros grupos ou indivíduos na sociedade; regulativas, aquelas com o sentido de controle sobre o comportamento de grupos ou indivíduos; redistributivas onde há o elemento seletivo de atendimento das demandas de uns, em detrimento de outros e envolve grandes grupos de indivíduos ou classes sociais; e por fim as constitucionais, que estabelecem regras sob as quais outras políticas públicas são selecionadas.

Nesta classificação, a Política Nacional de Saúde Ambiental se enquadraria mais como redistribuiria, haja vista que certamente haveria de ter um redirecionamento dos recursos já existentes para atendimento de demandas de saúde ambiental, que estão previstos de forma dispersa no orçamento dos órgãos de saúde. Como exemplo, pode se pensar nos recursos de saneamento destinados à Fundação Nacional de Saúde.

Entre a tomada de decisão e a avaliação dos resultados, situa-se a implementação, que se traduz nas ações empreendidas para que a política saia do papel e funcione efetivamente. Sua complexidade aumenta quando envolve diferentes níveis de governo, ou diversos órgãos ou agências para sua operacionalização. E tanto melhor será implementada quanto mais claros sejam os papéis e responsabilidades atribuídas; menor for as restrições de ordem política e reação de interesses contrariados; disponha de tempo e recursos humanos, financeiros e materiais suficientes; tenha clareza em seus propósitos; haja preparação dos profissionais, e harmônica comunicação e coordenação entre os responsáveis por sua efetivação.

A “implementação é um processo interativo e continuado de tomada de decisões

por numerosos e pequenos grupos de atores envolvidos com a política, os quais apresentam reações efetivas ou potenciais à decisão” (RUA, 1998, p.258).

No caso da Política Nacional de Saúde Ambiental, considerando seu contexto atual, centrou-se a atenção no seu processo em construção, na forma como vem sendo conduzido e coordenado pelo Ministério da Saúde, no modo como vem sendo acompanhado pelas instâncias de participação popular e na sua fundamentação legal.

Vale dizer, neste sentido que, na formulação, acompanhamento e gestão das políticas públicas, fundamental se faz o papel da sociedade para a qual se destina, além é claro do contexto intra e inter-organizacional da qual faz parte.

Retomando ao processo histórico da natureza das políticas, vale dizer que, com a Revolução Francesa mudando a fisionomia do Estado, marcada por um Estado liberal, novas funções são agregadas e novas pastas vão se somando paulatinamente ao aparelho estatal, originando o liberalismo intervencionista. No governo conservador de Bismark na Alemanha surgem as primeiras raízes do *welfare state*. A saúde, educação e previdência social passam a incorporar as funções públicas. Destaca o autor duas maneiras de agregação de funções pelo Estado: pela incorporação por parte do setor público de uma atividade que já existia anteriormente, mas não em escala universalizada (ex: saúde), ou pelo aparecimento de uma nova preocupação social (ex: meio ambiente). Sobre a crise de Welfare State, realça ainda que no Brasil, ainda com fortes traços da dominação tradicional, a crise tem natureza diversa, representando um misto de falta de políticas de bem-estar universalizadas, paralelamente a uma perda de efetividade dos poucos instrumentos de políticas sociais, junto às reduzidas parcelas da população que a elas tinham acesso (BURSZTYN, 1998, p.145-53).

Para BJÖRKMAN (2005, p.278-9), nas reformas do setor público, as abordagens

de capacitação para a política social evoluíram da seguinte forma: os anos 50 e 60 foram caracterizados pelo “desenvolvimento institucional”; o final dos 60 e início dos 70 foram marcados pela ênfase no fortalecimento institucional; na década de 80 focou-se na “gestão de recursos humanos”; a década de 90 expressa o paradigma de “governança”, que reunificou a administração pública e a participação política; e agora na primeira década do século XXI, a força motriz está concentrada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, para uma mudança na gestão por resultados e em investimentos a longo prazo.

Aduz ainda sobre três gerações de reformas do setor público. A primeira, descrita no Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1977³, onde adota-se medidas para cortar os gastos do governo e revitalizar o setor privado, enfatiza portanto “a redução do tamanho do Estado, a terceirização e a melhoria do controle sobre a orçamentação e os gastos públicos”. A segunda procurou melhorar a eficiência e a efetividade do governo, promovendo a “descentralização para os níveis sub-nacionais, a criação de agências semi-autônomas no governo central e reformas na gestão de recursos humanos”. A terceira, por fim, busca incrementar os “resultados sociais por meio da melhoria na prestação de serviços”, com enfoque setorial, particularmente na saúde e educação, com vistas a produção de programas coerentes envolvendo organizações governamentais e não governamentais (BJÖRKMAN, 2005, p.279-80).

A revalorização do Estado no campo das políticas sociais não precisa remeter, necessariamente, a mais discussões polarizadas acerca de seu papel. Convida, na verdade, à reflexão sobre a possibilidade de um modelo diferente, em que seja renovada a capacidade organizacional do Estado, para que possa, de fato, formular, implementar, fomentar e coordenar políticas públicas, como também ser capaz de articular redes produtivas com a participação das variadas expressões da sociedade civil, de modo a encontrar soluções viáveis e diversificadas para a grande cesta de problemas sociais (AMARAL, 2003, p.37-8).

A descentralização das políticas públicas “deve ser realizada de forma gradual,

³ Elaborado pelo Banco Mundial.

apoiada em programas de assistência técnica e financeira, com o objetivo de evitar rupturas e prejuízos para a população” (BERCOVICI, 2002, p. 22) e com a definição de políticas nacionais, construídas por todas as esferas governamentais, com planejamento, coordenação e cooperação.

A avaliação de políticas públicas ainda é novidade, mesmo nos países europeus, senão na iniciativa de realizá-la, pelo menos na forma prematura como é feita. DERLIEN (2001, p.108) salienta que o primeiro grupo de países incentivou a evolução de políticas públicas durante a década de 60, assim sendo, países com uma situação econômica próspera e com um orçamento federal em crescimento puderam investir, com um alto custo, em programas de intervenção social, incluindo nas áreas de educação e saúde.

Conforme GOÑI (2001, p.5) a importância da integração da avaliação no processo de planejamento se dá não somente para consolidar a demanda, mas, principalmente, para buscar os resultados positivos de todo esforço investido: redução dos custos, melhoria da produtividade, maior qualidade dos serviços prestados, eficácia e impacto final, incluindo, a melhor formulação e desenvolvimento dos programas públicos.

Na prática, a união entre a evolução dos programas e o processo orçamentário tem resultado ser mais difícil de aplicar do que se esperava. As evidências empíricas vivenciadas pelos diferentes governos (US, UK, Canadá, Alemanha, Espanha, Suécia e Finlândia) indicam que, incluindo na Suécia, onde houve o reconhecimento da necessidade e foram realizados importantes esforços a fim de integrar de forma regular e sistemática a evolução dos resultados na elaboração do orçamento, a sua aplicação têm sido fraca e infrequente (GOÑI, 2001, p.5).

Informa ainda este mesmo autor, citando Gray, Jenkins y Segsworth, com reforço em Ovrelid que outros estudos em países nórdicos tem corroborados estes resultados (GOÑI, 2001, p.7).

O desconhecimento da eficácia das políticas públicas, planos, programas e projetos

de desenvolvimento social, aliado ao limitado êxito de muitos deles, têm demonstrado a necessidade de metodologias de monitoramento e avaliação dos processos, resultados e impactos destes.

1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS

Uma vez ampliado o campo de análise das políticas sociais, com a incorporação de conceitos como qualidade de vida, exercício da cidadania, dignidade, solidariedade, justiça social, bem estar coletivo e expansão do desenvolvimento de capacidades, é imprescindível estender o foco para a articulação de políticas de cunho intersetorial, de modo a dar conta de atender o cerne das necessidades humanas, considerar o indivíduo em sua completude, proporcionar um ambiente de vida adequado e diminuir as desigualdades sociais.

A intersetorialidade, enquanto integra saberes e experiências das políticas setoriais, constitui um fator de inovação na gestão da política e possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as redes sociais (JUNQUEIRA, 2004, p.25).

Retomando o conceito, estamos definindo intersetorialidade ou trasetorialidade como a, articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a idéia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

TEIXEIRA (2004, p. 42) afirma que, na formulação de políticas públicas e planejamento de ações intersetoriais deve ser considerada a coerência entre os propósitos almejados e os métodos selecionados, além da compreensão dos diversos momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, remetendo-se à pluralidade de

tempos, técnico e político, de instituições e sujeitos envolvidos.

MARTINS (2005, p.276-8), afirma que a fragmentação no processo de formulação/implementação de políticas, planos, programas e projetos, advém da falta de coerência, consistência e coordenação. A coordenação implica em fazer com que os diversos sistemas institucionais e gerenciais envolvidos trabalhem juntos; a consistência assegura que as políticas individuais não sejam internamente contraditórias e que sejam evitadas as políticas que se opõem ao alcance de determinado objeto; e a coerência envolve a promoção sistemática de ações que se reforcem mutuamente nos diferentes órgãos do governo, criando sinergias para a realização dos objetivos definidos. Esta última consiste em um processo que demanda ações integradoras mediante coordenação e consistência.

No sentido normativo, essas categorias de variáveis independentes são consideradas elementos potenciais de integração/fragmentação, a partir dos quais os processos de formulação e implementação de políticas podem ser dotados de maior convergência, entre si e com as macroestratégias de governo. As categorias se entrecruzam e se interpenetram, e há conceitos que aparecem subjacentes a todas as categorias elaboradas, tais como controle e coordenação (MARTINS, 2005, p.281-2).

No tocante à repartição das competências e recursos públicos, Rovira *apud* BERCOVICI (2002, p.15-17) destaca a importância da cooperação e coordenação nas ações e serviços públicos. Essa como “um procedimento que busca um resultado comum e do interesse de todos. A decisão comum, tomada em escala federal, é adaptada e executada autonomamente por ente federado”, de acordo com suas peculiaridade e necessidades. Àquela, parte do pressuposto da estreita interdependência em programas de interesse coletivo, estimulando, em geral uma decisão conjunta, “mas a execução se realiza de maneira separada, embora possa haver, também, uma atuação conjunta, especialmente no tocante ao financiamento das políticas públicas”.

Propõe MARTINS um modelo analítico para explicar a fragmentação, composto

por seis categorias de variáveis independentes ou fatores estruturais fragmentadores: liderança executiva, estratégia, ajustamento mútuo, estrutura, processos e pessoas, conforme o detalhamento no Quadro I abaixo:

Quadro I - Roteiro para análise qualitativa de fragmentação proposto por Humberto Falcão Martins no texto “*Fragmentação e Intersetorialidade: em busca de uma agenda da integração*”.

<u>Grupo</u>	<u>Variável</u>	<u>Propensão à integração</u>	<u>Propensão à fragmentação</u>
Liderança Executiva	Gestão do Poder	O executivo principal exerce forte liderança e governa (administra o conflito) buscando o consenso integrador	O executivo principal não exerce forte liderança ou divide para governar, mediante incentivo à competição interna
	Visão	O executivo principal manifesta sua visão, e esta aparece de forma central no seu discurso político	O discurso político do executivo principal não revela claramente uma visão mobilizadora
Estratégia	Plano	Há um projeto nacional ou de governo expresso claramente sob a forma de um plano	As diretrizes e os objetos centrais de governo não estão claros nem integrados sob a forma de um plano
	Sistema de planejamento	Há um sistema de planejamento que estabelece objetivos, meios de alcance e mecanismos de monitoramento e avaliação.	Os objetivos são difusos, os meios não são assegurados, o monitoramento e a avaliação não são sistemáticos
Ajustament o Mútuo		Há evidências de que predominam formas de coordenação negociada (coordenação negativa, barganha, solução de problemas e coordenação positiva)	Há evidências de que predominam formas de coordenação não-negociada (ajustamento paramétrico e ajustamento deferencial)
Estrutura	Desenho organizacional	A macroestrutura está agrupada de tal forma que as áreas de responsabilidade estão claras e sob a supervisão do Presidente da República	Há uma pulverização da macroestrutura, com perda de supervisão e sobreposições e paralelismos não-claros
	Coordenação	Os mecanismos de coordenação conseguem promover o mínimo de integração horizontal e vertical necessária	Os mecanismos de coordenação não logram promover integração lateral ou vertical
Processos	Autonomia	Os processos pertinentes ao subsistema de política perpassam diversos domínios institucionais, tornando-os interdependentes	Os domínios institucionais são preponderantemente autônomos na execução de atividades
	Consenso operacional	Procedimentos, produtos e habilidades estão razoavelmente especificados nos processos pertinentes ao subsistema de política	Há conflito e ambigüidade ou não há especificação satisfatória em relação a procedimentos, produtos e habilidades
	Integração vertical e horizontal	Poucos <i>stakeholders</i> ⁴ , baixo conflito de autoridade dos domínios institucionais, resultados claros e formas de integração bem estabelecidas	Grande diversidade de <i>stakeholders</i> , limitações na autoridade dos domínios institucionais, demandas conflitantes e múltiplas e complexas formas de integração
Pessoas	Valores	Uma ou poucas comunidades	Diversas comunidades

⁴ Grupos de interesse.

		epistêmicas dotadas de meios de interlocução	epistêmicas sem meios de interlocução
--	--	--	---------------------------------------

Conforme se depreende dos estudos do mencionado autor, a integração é favorecida quando a liderança executiva associada a presidentes e primeiro-ministros (principal) e aos gabinetes como um todo (coletiva), atuam em prol da negociação do projeto; a estratégia sinaliza o propósito (missão), o futuro (visão expressa, comunicada), e o modo de alcançá-lo (planos que se desdobram em programas projetos, ações; o ajustamento mútuo supõe que os diversos atores envolvidos na construção e implementação das políticas cooperem de forma autônoma e efetiva; a estrutura, tanto macrogovernamental (extra-setorial) quanto multiorganizacional (intra-setorial), proporciona harmonia horizontal e vertical; os processos representam a identificação e qualificação da funcionalidade de procedimentos, produtos, habilidades, formas de integração ao longo da cadeia (contratos, acordos, protocolos, equipes, etc.) e sistemas de informações compartilhados; e pessoas, agregam, na medida que compartilham na qualidade de membros de um ou de vários subsistemas de política pública, valores, crenças e opiniões em torno das questões pertinentes ao desenvolvimento da política.

Observam BÓGUS, AKERMAN e MENDES (2004, p.48-9), uma tendência global na descentralização das políticas sociais e portanto dos recursos e programas, e no aumento do potencial de articulação entre governos e grupos locais no fortalecimento e desenvolvimento dessas políticas. Ressaltam ainda que a implementação das políticas sociais “implica na superação de políticas fragmentadas e o privilégio dado a projetos articulados, com o compartilhamento de informações e permeáveis à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação de ações e serviços”.

Essa nova realidade criada a partir de um novo conhecimento deve ser partilhada no interior das organizações gestoras das políticas sociais, e isso vai depender, principalmente, da mudança das práticas organizacionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores organizacionais. Essas práticas deverão privilegiar a integração de saberes e experiências em

prejuízo da setorialização e da autonomização. Os atores organizacionais e os grupos populacionais passam a ser considerados como sujeitos capazes de perceberem de maneira integrada os seus problemas e identificar soluções adequadas à sua realidade social (JUNQUEIRA, 2004, p.28).

Diante da complexidade das políticas públicas provenientes da multiplicidade dos atores, organizações e contextos institucionais envolvidos, além da crescente interconectividade dos temas e processos a serem empreendidos, é patente a necessidade de superação da defasagem entre progresso material, justiça social e sustentabilidade, no desafio de melhor administrar essa complexidade. A fragmentação tão típica das políticas intersetoriais gera ineficiência alocativa, reducionismo, ineficácia, má gestão e distanciamento dos interesses e direitos coletivos.

1.4. NO CAMINHO DA INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Diante disso, vê-se que é bastante natural e difundida, a associação entre saúde e ambiente ecologicamente equilibrado, para o alcance de qualidade de vida, em qualquer região ou espaço, independente da população ou cultura examinados. Tais valores sempre foram objeto da busca humana, em maior ou menor grau, com consciência ou não. Ainda que se modificasse o prisma da presente observação, vislumbrando a necessidade gerando atitudes e movimentos, certo seria que, os comportamentos dissonantes do saneamento do meio e da criação de ambientes saudáveis, em determinado momento se esbarrariam no repúdio social, quer pela prejudicialidade às gerações presentes, quer pelo receio das conseqüências adversas à sobrevivência dos povos.

Neste diapasão, ao longo da história, vêm sendo desenvolvidos instrumentos para garantia e promoção da saúde da população, e aumentado a preocupação em assegurar a utilização racional dos recursos naturais. No aspecto material, novas técnicas e tecnologias surgem aprimorando os cuidados sanitários e ambientais. No campo teórico, diversas

ferramentas são percebidas e produzidas, com posterior conversão em políticas públicas, normas e regulamentações. Não obstante a tranquilidade para a compreensão da indispensável interdisciplinaridade no trato de questões de saúde adentrando os aspectos ambientais e vice-versa, escassas são as metodologias estudadas para aproximar estes assuntos.

Não que se trate de tema inovador, nem tampouco esteve ausente da preocupação dos estudiosos das áreas afins nas últimas décadas, como se pode perceber. No entanto, é notável a carência de aprofundamento dos conceitos e principalmente de desenvolvimento de mecanismos que incorporem nas práticas de promoção de saúde, a linguagem ambientalista, introduzindo o enfoque da sustentabilidade, do pleno exercício da cidadania, da justiça social e da qualidade de vida para todos.

Pode-se dizer que a idéia do ambiente como elemento importante para o campo da saúde é antiga, porém sua caracterização em termos técnico-científicos tem sido suficientemente vaga e imprecisa para admitir variadas formas e concepções na elaboração de sua (do ambiente) possível relação com a saúde propriamente dita (TAMBELLINI e CÂMARA, 1998, p.48).

O ensino da saúde em articulação com o ambiente no Brasil ainda encontra-se em fase embrionária, o que pode ser verificado tanto pela baixa oferta de cursos nas instituições de ensino quanto pela inexpressiva produção científica nesta área do conhecimento (Ministério da Saúde, 2004, p.44).

Para corroborar o anteriormente dito, realçamos os comentários de MINAYO (2002, p.175), no sentido de que “a busca por aprofundar conceitos no encontro das áreas de saúde e ambiente é crucial, pois quando uma definição das relações entre elas se produz, sua decodificação na prática tem conseqüências reais, tanto para a natureza quanto para a

população viva que a habita, sejam vegetais, animais ou gente”. Mais adiante salienta ser o “assunto complexo e controverso que, apesar de todos os esforços, continua se afigurando de forma difusa, imprecisa e muito mais retórica do que consistente, tanto teoricamente como na prática”. Por fim, conclui citando Waltner-Toews (2002, p.187), “ainda quando a abordagem ecossistêmica não obtém êxito quanto a metas específicas, exigências de comunicação aberta e democrática, negociação e consciência ecológica justificam sua implantação”.

Ante ao exposto, considera-se válido o empenho em cuidar do assunto com cautela e estimular estudos e pesquisas que apontem novos rumos. Espera-se, outrossim, por parte das autoridades sanitárias e ambientais, um enfoque sistêmico em todas as áreas de desenvolvimento. Na saúde ambiental, esta orientação deve refletir-se em políticas que vão além do saneamento, vigilância ambiental e dos tradicionais procedimentos técnicos. Hoje, requer-se incorporar uma concepção em torno da construção de espaços locais sustentáveis e saudáveis e a valorização de todas aquelas instituições extra-setoriais e da sociedade civil que desejem contribuir na busca desses espaços (OPAS, 2000, p.25).

Os esforços para entender e integrar os problemas de saúde da população, dentro de um esquema que explicita a necessidade de atender às pessoas e também ao planeta, é uma tarefa que se deve demarcar com ações orientadas a mudanças dos padrões de consumo e as práticas que deterioram o ecossistema. Para isso, é necessário desenvolver um trabalho que vá além do espaço do setor saúde e das instituições de saúde ambiental; requer-se, e é imperativo, um esforço multidisciplinar e intersetorial que promova a participação e a democracia (OPAS, 2000, p.55).

Outrossim, vale frisar a importância do enfoque legal relacionado à matéria, posto que, não obstante o moderno e respeitado arcabouço jurídico pátrio compreendendo a tutela dos direitos à saúde e meio ambiente, muito ainda há que se fazer na missiva da garantia e

efetivação destes para a população. Com ênfase no preceito constitucional, relativo à atribuição do SUS em cooperar na defesa do meio ambiente (art.200, VIII, CF/88), acredita-se caber ainda muita discussão sobre a interpretação do espírito do legislador constituinte.

No mesmo sentido, a orientação de PELICIONI (1998, p.29), asseverando que “a legislação, embora preconize a promoção da saúde de forma integrada com a proteção do meio ambiente, necessita ainda regulamentação e um controle e gestão ambientais eficazes, de modo a garantir realmente aos cidadãos o direito à saúde e a um ambiente equilibrado e saudável no contexto do desenvolvimento sustentável”.

A partir deste contexto, e com o intuito de contribuir para o estreitamento entre as mencionadas áreas do conhecimento, esta pesquisa teve como proposta, investigar, sob o enfoque da saúde, as políticas públicas integradas, em especial o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Dessarte, além do empenho a que se comprometeu no estudo exploratório do tema, quiçá possa-se colaborar no aclaramento dos fundamentos do enfoque ecossistêmico em saúde, hábeis a orientar a atuação dos órgãos encarregados da vigilância sanitário-ambiental.

Convém salientar, por oportuno, o compromisso do poder público na formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, além da atribuição constitucional do Sistema Único de Saúde de, dentre outras, colaborar na proteção do meio ambiente, conforme disposto nos artigos 196 e 200, inciso VIII.

Portanto, o presente estudo se debruça nos proclames da Carta Magna concernentes aos direitos à saúde e ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida das presentes e futuras gerações; ao

dever do Estado em garantir políticas sociais abrangentes e integradas, de modo a que se promova, proteja e recupera a saúde humana e ambiental e à convocação da comunidade à construção conjunta deste bem-estar social.

2. OBJETIVO

A presente pesquisa tem como objetivos desenvolver o tema políticas públicas integradas de saúde e ambiente e investigar o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, identificando e analisando as iniciativas nesse sentido dentro do Governo Federal Brasileiro, desde a concepção da área de Saúde Ambiental no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3. METODOLOGIA

Por princípio, traz-se a baila a conceituação de metodologia, como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas” (MINAYO, 2000, p. 22).

No contexto da presente pesquisa, de caráter exploratório, empreendeu-se um estudo de caso, discorrendo sobre aspectos relevantes da evolução da intersectorialidade entre saúde e ambiente e as respectivas políticas públicas integradas, e analisando o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental - PNSA. O estudo fundamentou-se em bibliografia especializada, documentos oficiais, legislação aplicada à área de saúde e ambiente e entrevistas com atores selecionados que participaram, pelo menos em algum momento, desde processo.

O campo para observação e coleta de material foram os principais órgãos no contexto do Sistema Único de Saúde, em âmbito federal, relacionados com a área de Saúde Ambiental. Em especial, destaca-se a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental - CGVAM⁵, o Conselho Nacional de Saúde – CNS, por meio da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA e a Comissão Permanente de Saúde Ambiental – COPESA, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A CGVAM é uma coordenação dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde do

⁵ Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde que atua na vigilância em saúde ambiental, através dos programas: VIGIÁGUA, que cuida da qualidade da água para o consumo humano; VIGIAR, relacionado à qualidade do ar; VIGISOLO, sobre a exposição humana em áreas com solos contaminados; VIGIQUIM, que trata de substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos e ambientes de trabalho; e VIGIDESASTRES, onde está sendo desenvolvida a participação da saúde ambiental na resposta à acidentes e desastres naturais. Além da atuação finalística, a CGVAM é composta de outras áreas como a Articulação Institucional, Ações Estratégicas, Comunicação e Capacitação, Análise da Situação de Saúde Ambiental, Assessorias Jurídica e Internacional, Planejamento Estratégico e Gestão Administrativa, que trabalham no sentido do fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, instituído em 2001⁶ e redefinido em 2005⁷ (Anexo I).

A COPESA é uma comissão intrasetorial de saúde ambiental que tem como objetivo precípuo a formulação e acompanhamento da Política Nacional de Saúde Ambiental, além de ser também importante instrumento de articulação e integração de políticas públicas de saúde e ambiente no Sistema Único de Saúde. A coordenação é exercida pela Coordenação-Geral de Saúde Ambiental da Secretaria de Vigilância em Saúde -SVS, tendo também em sua composição: 1) Gabinete do Ministro da Saúde; 2) Secretaria Executiva - SECEX; 3) Secretaria de Atenção à Saúde - SAS; 4) Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; 5) Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ; 6) Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; 7) Instituto Nacional do Câncer - INCA; 8) Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e 9) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS (Anexo II).

⁶ Instrução Normativa nº 1 de 25.09.01, que regulamenta a Portaria MS nº 1.399 de 15.12.99, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância ambiental em saúde.

⁷ Instrução Normativa nº 1 de 074.03.05, que regulamenta a Portaria MS Nº 1.1172 DE 17.06.04, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância ambiental em saúde.

A CISAMA é uma comissão intersetorial subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, instituída pela Lei Orgânica da Saúde⁸ (art. 12), com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde em assuntos relacionados à saneamento e meio ambiente. É integrada pelos Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente, Ministério das Cidades, Associação Nacional de Serviços Municipais de Saneamento – ASSEMAE, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, Associação de Empresas de Saneamento Básico Estaduais – AESBE, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental – ABES, Federação Nacional de Urbanitários – FNU/CUT, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO e representantes do Movimento Popular de Saúde (MOPS), da Rede Brasileira de Justiça Ambiental e da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM.

Procedeu-se também consulta à outras instituições importantes como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública – ABRASCO, Agência Nacional de Vigilância Ambiental - ANVISA, Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília – CDS/Unb e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

A abordagem utilizada no presente estudo é essencialmente qualitativa, vez que, orientada pelos significados e extensão de preceitos normativos e teóricos analisados, relacionando-os às percepções, aspirações, atitudes, motivos, comportamento, princípios e valores de alguns atores importantes, e das políticas públicas dos órgãos de saúde ambiental.

⁸ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Vale dizer aqui, que a organização do texto da pesquisa qualitativa se constrói em geral, através de “relatos de pessoas entrevistadas, e não com números, tabelas e métodos estatísticos etc., a estrutura do texto também segue uma lógica no encadeamento das informações descritas e analisadas. Assim, pelas suas especificidades, o texto pode ter suas partes denominadas com outros títulos ou seguir a mesma denominação dos estudos quantitativos, dependendo da opção do autor, ou seja, a estrutura é flexível sem perder o seu caráter de comunicação científica” (USP/FSP, 2006, p. 14).

A investigação, de orientação analítico-descritiva, se deu por meio do levantamento de dados obtidos mediante exame de documentos produzidos no campo das políticas de saúde ambiental desde a criação do Sistema Único de Saúde com a Constituição de 1988, bem como das conclusões alcançadas examinando os depoimentos dos atores entrevistados.

À esse respeito, vale ressaltar que foram feitas entrevistas individuais e em profundidade, com roteiros semi-estruturados, aplicadas em alguns dos sujeitos protagonistas no processo em construção da PNSA, representantes das instituições mencionadas acima, quais sejam CGVAM/SVS/MS, GT Saúde e Ambiente/ABRASCO, OPAS/OMS, FIOCRUZ, CONAM e Rede Brasileira de Justiça Ambiental. Houve o favorecimento na escolha dos entrevistados de pessoas com o conhecimento e experiência salutar no desenvolvimento da PNSA. Assegurou-se também, a representatividade dos diversos setores da sociedade, no intuito de se atingir uma visão mais ampla das questões levantadas.

Os entrevistados foram: 1) Coordenador da CGVAM, desde sua criação dentro do CENEPI/FUNASA e posteriormente vinculada à SVS/MS até o final de 2005, e membro do GT de Saúde e Ambiente da ABRASCO (Anexo V); 2) Coordenadora da CGVAM desde o início de 2006 e membro do GT de Saúde e Ambiente da ABRASCO (Anexo VI) ; 3)

Representante no Brasil da OPAS/OMS na área de Saúde e Ambiente de 2001 à 2005 (Anexo VII); 4) Coordenador da CISAMA e presidente da CONAM (Anexo VIII); 5) Diretor presidente da ACPO – Associação de combate aos POPs e representante da Rede Brasileira de Justiça Ambiental na CISAMA (Anexo XI); 6) Pesquisadora e representante da FIOCRUZ na CISAMA (Anexo X).

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, selecionando-se as partes que revelavam fatos e impressões interessantes e relevantes no processo em construção da PNSA. Nesse sentido, importante o conteúdo dos depoimentos e a percepção, na expressão oral, entonações, silêncios e pausas, ênfases, dúvidas, repetições, entre outras reações às questões levantadas, pois a fragmentação do discurso, os silêncios e as redundâncias “são tão ou mais importantes do que aquilo que é exposto discursivamente” (MAGNANI, 1998, p. 53).

Assim, foram estruturados dois roteiros para as entrevistas, a partir do questionário desenvolvido (Anexo IV). O primeiro com questões mais pertinentes às ações e práticas governamentais ou não, que tratavam do desenvolvimento de propostas relacionadas a política de Saúde Ambiental. No segundo, reforçaram-se aspectos atinentes à participação social nestas iniciativas. Os respectivos roteiros foram aplicados em virtude do perfil, representatividade social e institucional e grau de acompanhamento do processo de construção da PNSA.

Pretendeu-se nesta seara, ir ao encontro da melhor compreensão do objeto de estudo. Salienta MINAYO (2000, p. 36) que os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e tratamento dos dados ajudam o pesquisador, de um lado a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, a agir com instrumentos que lhe indiquem elaborações objetivadas.

Foi assegurado, no desenvolvimento deste método de trabalho, o devido cumprimento das exigências éticas fundamentais. Não se discriminando ou estigmatizando os agentes sociais envolvidos na pesquisa; adotando-se o consentimento livre, esclarecido e expresso dos entrevistados; aclarando sobre as prerrogativas da autora de publicação dos resultados da investigação.

A apresentação e apreciação dos resultados favoreceram alcançar os objetivos pensados, posto que os relatos ensejaram melhor reflexão e viabilidade de identificar a realidade, além de estimular uma projeção de perspectivas na continuidade do processo de construção de políticas públicas integradas, incorporando-se o enfoque ecossistêmico da saúde.

Por fim, outro importante procedimento foi a participação em conferências, congressos, palestras e seminários, almejando-se reunir documentos e acompanhar a evolução do tema no cenário nacional. Destaque-se aqui, a participação nas conferências da saúde, saúde do trabalhador, meio ambiente e cidades, dentre outros eventos importantes relacionados à saúde ambiental.

4. 1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1. POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO BRASIL

“Refreemos o “capitalismo de compadres”, restringindo o poder das multinacionais, canalizando os investimentos externos para a criação de riqueza socialmente inclusiva e ecologicamente sustentável”

PAULO BUSS

4.1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Com a chegada da Família Real no Brasil, teve início a atuação do Estado na área da Saúde, com ações tipicamente de polícia médica. O primeiro movimento de que se teve registro foi a elaboração, em 1810, de “um regimento que dava prerrogativa à Provedoria⁹ para realizar controle de alimentos, do exercício profissional, saneamento básico e realizar a quarentena nos navios” (SOUTO, 2004, p.20). Este último, importante para manter o comércio com a Europa. Segundo COSTA e ROZENFELD (2000, p.23), por esse regimento a sociedade passava a ser objeto de regulamentação médica e a saúde passava a ser um problema social. Contudo, essas ações eram de pequeno alcance em relação ao vasto território brasileiro, pois se concentrava na capital, onde estava a sede do governo.

Com a Independência do Brasil, foi decretada a municipalização dos serviços de saúde e transferência de atribuições para uma recém-criada Junta Central de Higiene Pública. Com isso, houve organização das câmaras setoriais e dos conselhos de medicina e cirurgia e

⁹ “Foi criado, em 1809, o cargo de Provedor-mor de Saúde com o propósito de executar a polícia sanitária na sede do Império” (Machado *et al apud* SOUTO, 2004, P.20).

diminuição da intervenção do Estado nas práticas da medicina, saúde e ambiente. Algumas funções, todavia, se mantiveram caracterizadas como tipicamente do plano federal (como o controle sanitário dos portos e fronteiras e do exercício da medicina e farmácia), conforme observa COSTA e ROZENFELD (2000, p.24). Essa descentralização se manteve até meados do século, quando foi revogada a municipalização e recriados órgãos federais para tratar problemas de epidemia, em virtude da precariedade dos municípios e estados.

A nação brasileira que veio se formando, desde a Colônia, se caracterizou por imensas desigualdades sociais, pela manutenção de um quadro sanitário negativo para a maioria da população e pela edição de muitas leis e normas, sem observância das mesmas. E por sistemas de saúde que vão se estruturando essencialmente voltados para a doença, com imenso descaso pelas medidas de cunho preventivo e coletivo e de promoção da saúde. (COSTA e ROZENFELD, 2000, p.24).

Na verdade não existiam políticas ou planos que orientassem as ações de saúde. Existiam ações isoladas, voltadas especialmente para o combate às endemias, provocadas pelo estilo precário de vida nos centros urbanos, agravados pela industrialização, e pelas imigrações provenientes da Europa com o fim da escravidão.

No final da década de 1880, o Brasil se transformou em uma República e o Estado ganhou força com a substituição das normas por leis, “as atividades de controle do espaço urbano, alimentos, bebidas, portos e habitação começaram a ser mais sistemáticas com a elaboração de leis e criação de instituições sanitárias” (SOUTO, 2004, p.20). Foi também um momento de grandes transformações político-sociais.

Segundo LAURELL (1977, p.151), o avanço da produção e organização social capitalistas sempre vêm acompanhados de questões sociais complexas e intensas. Também, fomenta as lutas pela garantia da satisfação das necessidades sociais: alimentação, habitação, saúde e educação.

Na Europa, desde o século XIX, segundo LUZ (1979, p.54), a instância da sociedade historicamente responsabilizada pelas condições de saúde da força de trabalho nas sociedades, que nascem com o capitalismo, é o Estado, através de suas instituições médicas. Porém, esse movimento somente alcançou o Brasil mais tarde, nas primeiras décadas do século XX.

O início do século XX foi marcado pelo surgimento das primeiras ações em direção ao desenvolvimento de políticas sociais no Brasil. Em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, com a responsabilidade de atuar, entre outras áreas, no saneamento urbano e rural, na higiene materno-infantil, industrial e profissional, na supervisão dos hospitais públicos federais e fiscalização dos demais e no combate às endemias e epidemias, estimulado por pressões internacionais. Essas doenças representavam risco aos que mantinham comércio com o Brasil e ameaça para as classes dominantes e, bem ainda, ao processo de acumulação de capitais. As ações do DNSP se desenvolveram ainda de forma isolada, não se constituindo em políticas ou planos. Englobaram a criação de institutos de pesquisa, o fomento à pesquisa bacteriológica (criação e fabricação de vacinas, soros e outros produtos biológicos) e intervenções sanitárias. “Intensificaram-se a produção de normas e o esquadramento do espaço urbano, e o saber médico ganhou mais valor” (COSTA e ROZENFELD, 2000, p.25).

Nesse contexto, apesar de haver um discurso de polícia sanitária no combate às endemias e epidemias, também percebe-se práticas sanitárias educativas, com o objetivo de disciplinar a população. Nota-se a “influência de valores liberais da época: era preciso combater a ignorância, disciplinar gestos e atitudes... *Grosso modo*, as práticas sanitárias, durante o período que vai de 1889 a 1930, podem ser consideradas como predominantemente

campanhistas, voltadas para o controle de agentes etiológicos e de vetores¹⁰” (SOUTO, 2004, p.22).

Entretanto, até a década de 20 não se observa uma clara definição de política de Saúde por parte do Estado. Verifica-se a preocupação com uma ou outra enfermidade, *principalmente*, embora não exclusivamente, como aquelas que atingem a própria capital federal, do que são exemplos a febre amarela, a gripe espanhola no início do século e os surtos epidêmicos dos anos de 1928 e 1929, que mobilizaram os setores governamentais visando ao seu controle. Sintomática preocupação, esta que procura resguardar da doença a sede de poder de Estado (LUZ, 1979, p.56).

Até o final da década de 1920, a experiência do Estado brasileiro já era muito particular no trato da coisa pública. Havia uma “simbiose entre as dimensões pública e privada” (BURSZTYN, 1994, p.29). A assistência pública era pequena e intermediada pelo “patrão”, que caracterizava a fusão do público – o príncipe – com a figura privada – senhor de engenho, latifundiário. Essa distorção no trato da coisa pública transformou as ações do Estado não em assistência ou política pública, mas em assistencialismo e na área da saúde não foi diferente. O assistencialismo, concretizado como uma mediação exercida pelos senhores de terras, as oligarquias regionais que eram mantidas mediante favores públicos e, em troca do apoio monetário, garantiam fidelidade ao poder local, enquanto que o poder central se omitia no controle dos recursos que repassava.

Na década de 30 aconteceu um novo marco na área da saúde no Brasil, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, que caracterizou o momento centralizador do Estado. O ano de 1930 foi um grande marco político-social brasileiro, pois houve a ruptura da estrutura de poder da Primeira República e o surgimento de um Estado forte, autoritário e centralizador, que agia com certa independência das oligarquias regionais. A opção adotada pelo Brasil naquele momento, de “industrialização, como alternativa viável de crescimento econômico, foi favorecida pela crise internacional de 1929, quando ganhou evidência a

¹⁰ Respectivamente, causador e disseminador da doença.

fragilidade do modelo econômico agro-exportador.” (COSTA e ROZENFELD, 2000, p.28).

Nesta década, o Estado, sob a administração Vargas, cresceu bastante, seguindo a linha keynesiana, que era a tendência internacional, criou funções que não eram atendidas pela iniciativa privada, mas fundamentais para o desenvolvimento, e ampliou outras já existentes. Promoveu reformas, especialmente na estrutura da saúde pública, criando e/ou especializando órgãos. Estes passaram a gerar intensa produção normativa e legal.

A organização dos serviços de saúde no país, em contraste com os demais países latino-americanos, e em consequência desse vínculo com a Previdência Social, apresenta um processo de privatização dos serviços de assistência médica extremamente precoce, com o credenciamento de serviços médicos privados pela previdência social já na década de 20 (COHN e ELIAS, 2003, p.11).

Iniciou-se uma nova fase a partir de 1945, com o fim do Estado Novo de Getúlio, quando “romperam-se os ideais nacionalistas e mais uma vez o discurso liberal floresce. Sob a máscara de retomada da democracia, tinha como um dos principais objetos desenvolver política econômica aberta para o capital estrangeiro. Tal política trouxe como consequência, para o setor saúde, elevado crescimento da indústria farmacêutica, que ocupou os primeiros lugares entre 1939-1952” (Bodstein *apud* SOUTO, 2004, p.22). Particularmente a indústria químico-farmacêutica e a de agrotóxicos foram impulsionadas em decorrência, principalmente, dos acontecimentos da 2ª Guerra Mundial. Com o fim da Guerra, o crescimento do Estado se tornou ainda maior, refletindo praticamente a mesma configuração até os dias atuais.

O Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), de 1948, que nunca foi totalmente instituído, trouxe uma nova visão: a de que a saúde era consequência natural do

desenvolvimento econômico que se buscava com a implementação deste Plano. Porém, questões como saúde e alimentação, tidas como prioridade, foram se tornando secundárias com o tempo. “Enquanto o projeto de saúde pública se multiplica em ‘serviços’ de Saúde Pública, paulatinamente a Saúde, como setor, se esvazia, a ponto de a própria separação do Ministério da Saúde do antigo MES (1953) significar um esvaziamento institucional do setor Saúde enquanto setor estatal, em proveito da Educação” (LUZ, 1979, p.58).

Afora a criação do Ministério da Saúde, com mudanças administrativas e legais, e a discussão para viabilizar o modelo desenvolvimentista, a década de 50 não trouxe nenhuma novidade significativa para o setor Saúde. Houve registro de problemas ambientais de diversas magnitudes acarretando danos à saúde de populações, como o acidente de Minamata no Japão, ocasionando mortes por consumo de peixes contaminados com mercúrio, o que se evidenciou também nos garimpos de ouro na região amazônica, a carne brasileira contaminada com fármaco anabolizante, bebês com mal-deformação pela talidomida usada em gestantes, entre outros – uma nova concepção desenvolvimentista surge: a de que a saúde não era somente consequência natural do industrialismo, mas resultado das condições de vida das pessoas, de educação sanitária, do meio ambiente e saneamento. Enfim, a saúde deveria ser orientada por políticas públicas abrangentes tanto para o meio urbano quanto para o rural.

Convém relatar sobre a Lei nº 2.132/54 que traçava normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, conferindo à União o dever de realizar estudos e pesquisas sobre as condições de saúde e alimentação do povo, influência do meio brasileiro na vida das pessoas e endemias existentes no Brasil. Em 1961 foi editado o Código Nacional de Saúde¹¹, que tratou inclusive de assuntos de cunho ambiental, como água, saneamento, instalação de indústrias e poluição.

¹¹ Decreto nº 49.974-A de 21.01.1961.

Com essa nova concepção, foi adotado o Plano Trienal, de 1960 a 1963, “que buscava, com reformas de base, aumentar a renda nacional” (SOUTO, 2004, p.23). Nesse período, aconteceram alguns fatos na Saúde, que merecem destaque: importantes debates nas Conferências Nacionais de Saúde sobre descentralização e municipalização dos serviços, “instalação de Comissões Parlamentares de Inquérito sobre o comportamento da indústria farmacêutica no País e a criação do Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica (GEIFAR) para disciplinar o setor e controlar os abusos” (COSTA e ROZENFELD, 2000, p.31); regulamentação da organização, funcionamento e fiscalização das instituições de assistência médico-social.

Nova fase foi iniciada com o Golpe de 1964, que instaurou a ditadura militar, e definiu como premissa na condução política do País, o binômio “desenvolvimento e segurança”. Os debates das Conferências de Saúde e outros recursos de participação social foram esquecidos e a Saúde passou a ser conduzida de forma centralizada, burocrática e desinteressada das reivindicações sociais. A Saúde Pública ficou relegada, tida como ineficiente. Os gastos com saúde eram baixos, menos que 2% do PIB e, “embora o campanhismo fosse a principal forma de intervenção estatal nos problemas de saúde, os recursos destinados a este fim eram captados extra-orçamento do Ministério da Saúde” (Braga e Paula *apud* SOUTO, 2004, p.24).

Em 1967, ocorreu ampla reforma da Administração Federal, publicada pelo Decreto-Lei nº 200, que teve como consequência para a Saúde, o Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação de Saúde, de 1968, implementado em áreas experimentais. Segundo Bodstein *apud* SOUTO (2004, p.24), a reorganização burocrática tinha por finalidade adaptá-la ao novo padrão desestatizante de acumulação capitalista. O Estado já admitia “a dicotomia entre saúde coletiva e individual” (LUZ, 1979, p.58), isto é,

saúde e assistência médica, e dava sinais de investir em convênios entre entidades públicas e particulares. Assim, o Ministério da Saúde buscou para si a responsabilidade pela saúde coletiva, deixando para o setor privado conveniado as ações de atenção médica curativa, onde o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, criado em 1967, desempenhava papel fundamental.

A partir da década de 70 as responsabilidades pela saúde coletiva e individual passaram a ser *explicitadas*, quer através do 1º Plano Nacional de Desenvolvimento e de outras medidas político-administrativas, quer através do 2º Plano Nacional de Desenvolvimento, de 1974, quer através da criação do M.P.A.S.(Ministério da Previdência e Assistência Social). O auge deste processo e seu ponto de ruptura será o Sistema Nacional de Saúde, regulamentado em 1975, pela lei número 6.559 (LUZ, 1979, p.59).

O período entre 1968 e 1974 foi marcado por acelerado crescimento econômico, em função da associação com o capital internacional, por violenta repressão aos movimentos sociais e grandes migrações rurais para os centros urbanos, em consequência da capitalização da agricultura. “As políticas de saúde no Brasil caracterizaram-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito à sua forma de financiamento” (COHN e ELIAS, 2003, p.11).

Com o fim do “milagre econômico” e acentuação do autoritarismo, no pós-1974, surgiu uma crise econômica e social, que deu lugar às reformas que atingem também o setor Saúde. Segundo Paim *apud* SOUTO (2004, p.24), a crise se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população. Por outro lado, o final da década de 1970 foi profícuo na revisão da legislação e regulamentação da área da Saúde, resultado de estímulo da Organização Mundial da Saúde - OMS, para corrigir lacunas e distorções. Alguns destes documentos (leis e decretos) vigoram até os nossos dias e são diretrizes para áreas importantes, como a Vigilância Sanitária, com a Lei nº 6.360/76, que trata do registro de

produtos como medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes, produtos para a saúde, entre outros.

No contexto da normalização em curso, inicia-se uma mudança na intervenção estatal no âmbito social, que na política de saúde se consubstancia na criação do Sistema Nacional de Saúde, visando a integração das ações estatais neste setor, mas que só será regulamentado em fins da década de 70 (JACOBI, 1993, p.23-31).

Tem como objetivo priorizar as ações médico-sanitárias e organizar a prestação de serviços no campo médico-hospitalar, de modo a estimular a rede de atendimento em saúde pública, as ações de saneamento básico e meio ambiente e conter a demanda por serviços a cargo da medicina previdenciária. Para viabilizar o SNS¹², esboça-se um formato de organização da rede de serviços de saúde, que passa por uma rearticulação entre o Ministério da Saúde, o MPAS, INPS e os órgãos regionais e locais de saúde (JACOBI, 1993, p. 28).

Caracterizaram, assim, a política pós-64, a centralização da gestão pública no âmbito federal e sofisticação do equipamento em relação à estrutura de problemas de saúde da população carente; a multiplicidade de instituições sem a devida coordenação; os pressupostos de auto-sustentação financeira; a ausência de planejamento e mecanismos de avaliação dos programas, gerando a superposição de ações, o desperdício de recursos, baixa produtividade e predomínio das ações de recuperação, em detrimento da promoção e proteção da saúde.

Esta base cognitiva relegava intervenção propriamente médica a um lugar residual, sendo a expansão das tecnologias médicas de alta complexidade considerada iatrogênica e os recursos da farmacopéia industrial invasiva e indutiva à dependência. Ratificava-se que o modelo da medicina hegemônica seria inadequado à realidade sanitária brasileira. A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada seria incapaz de alterar o perfil de morbimortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizariam a expansão da cobertura (COSTA, 1998, p.98).

¹² Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975.

Destacaram-se então, o direcionamento de recursos para interesses burocráticos e privados, sobrepondo à prestação de serviços de qualidade e alocação equitativa, uma preferência por padrões elevados de atendimento, demasiada especialização, grandes obras e modernização da aparelhagem. “As políticas sociais ficaram, assim, marcadas por práticas clientelísticas e aprisionadas por interesses particulares, favorecendo a reprodução de práticas políticas atrasadas e conservadoras, e operando muitas vezes como instrumentos de fomento da acumulação de capital (HENRIQUE, 1998, p.83-4)”.

O crescimento expressivo da assistência médico-previdenciária e os problemas daí decorrentes criam as condições adequadas para uma reorganização do setor. Cria-se, em 1978, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, para reorganizar as atividades finalísticas, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, para coordenar as atividades médicas. O Inamps herda os problemas do INPS, e a bancarrota financeira vai se agravando. Some-se a isto o fato de, a partir de 1978, com a consolidação do processo lento e gradual de abertura e diante de uma conjuntura econômica adversa, a política de saúde se orientar para o “revigoramento do jogo político partidário e pelo processo eleitoral (políticas sociais estatais enquanto instrumento de mobilização e sustentação política a serviço do novo partido do governo – PDS – ante o conjunto da população)” (Silva *apud* JACOBI, 1993, p.29).

Até o final da década de 1970, o modelo de gestão da Administração Pública no Brasil, edificou-se na concentração das decisões e execução dos serviços na esfera federal, legando-se as competências residuais para o nível estadual, e para os municípios atribuições de interesse local. Realidade que principia a se modificar significativamente com a crise do modelo existente e alterações na estrutura político-institucional.

A década de 1980 caracterizou-se pela retomada dos movimentos em direção ao exercício da cidadania e à redemocratização da sociedade brasileira, consagrados na campanha pelas eleições diretas para a Presidência da República e pela instalação da Assembléia Nacional Constituinte (COSTA e ROZENFELD, 2000, p.34).

O movimento pela Reforma Sanitária afirmava dentre outras coisas que, a expansão da atenção médica previdenciária não respondia às reais necessidades da população,

que poderiam ser melhor atendidas com estratégias preventivas e de promoção à saúde. Fundamento utilizado pela comunidade de especialistas em saúde pública que observava a importância relativa aos cuidados em virtude do modo de vida das pessoas e ao saneamento das cidades.

Quanto à saúde, foi proposta uma ampla reforma que consagra princípios como a responsabilidade básica do Estado nesse campo, a unificação e descentralização dos serviços e a universalização do atendimento, entre outros. Tanto a aprovação como os primeiros passos dessa reforma, porém, vêm enfrentando sérias resistências. Elas partem tanto dos interesses empresariais da área médica e do conjunto de forças conservadoras que se opõem, no plano ideológico, aos ‘riscos de estatização’, como de segmentos da própria burocracia do setor em questão, ineficientes e sem maiores compromissos com a melhoria dos padrões de atendimento e das condições de saúde existentes (CARVALHO e LANIADO, 1989, p.128).

Vale dizer, com respeito ao financiamento que, “o comprometimento dos recursos especificamente previdenciários com a seguridade social não foi uma particular criação da Constituição de 1988 que ao contrário ampliou as fontes da seguridade social, alocando outras contribuições específicas como o Finsocial (depois Cofins) e as Contribuições sobre Lucro” (COSTA, 1998, p.117).

Para MARTINS (1996, p.58) o padrão de financiamento público, “adotado pelos governos de Estados intervencionistas, define a feição social de “Estado de Bem-Estar” ou de “Estado de Violência”, se os fundos públicos forem utilizados para promover o desenvolvimento social, ou deles se apropriarem os grupos no poder, para atender seus próprios interesses.” Mais adiante fala da importância de uma participação qualificada e crítica no que toca aos resultados sociais da aplicação dos recursos orçamentários “considerando que o setor político, além de atuar de forma normativa, dispõe dos recursos substantivos do Fundo Público para agir sobre a vida social” (p.61).

O período entre o fim do regime militar e o início da transição democrática, foi

marcado pelas tentativas de transformação das relações entre o Estado e a sociedade, e de redirecionamento das políticas públicas. Com a ampliação dos movimentos sociais e da vida partidária, passou-se a acreditar nas políticas sociais como elemento estratégico na construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Como esclarece HENRIQUE (1998, p.86-8), diretrizes como a participação, descentralização, adequação das estruturas de gasto e financiamento, universalidade, foram inseridas em diversos documentos oficiais do governo Sarney. Definiu-se como estratégia de intervenção no campo das políticas sociais, em primeiro plano ações emergenciais, e posteriormente uma reestruturação ampla das políticas setoriais. Não obstante o saldo da gestão foi um fortalecimento institucional e financeiro de programas assistenciais emergenciais.

Em termos do desempenho efetivo dos programas da área de saúde, vale a pena chamar a atenção para aqueles considerados prioritários: o Programa de Auto-Suficiência em Imunobiológicos e o Programa de Controle das Grandes Endemias. Quanto ao primeiro, graças ao reforço de recursos recebidos através dos programas de prioridades sociais, os resultados parecem positivos pois há indícios de que as metas de produção de soros antiofídicos e nacionalização da produção de vacinas contra a meningite, febre amarela, tifo e cólera. No que se refere ao controle das grandes endemias, entretanto, os resultados não parecem satisfatórios: a incidência de doenças como o mal de Chagas e esquistossomose pouco se alterou e de outras, como o dengue, a febre amarela e malária parece até ter aumentado durante o período (CASTRO e FARIA, 1989, p.200).

Houve outrossim, na ocasião, a iniciativa de integração dos serviços de saúde através das Ações Integradas de Saúde -AIS, com o objetivo de reordenamento estrutural, que veio a receber a denominação de Serviços Unificados de Saúde - SUDS.

Sob a orientação da universalização com igualdade de atendimento e adoção da integração de ações foram estabelecidos oito linhas de ação, quais sejam: 1) da Programação e Orçamento Integrado; 2) Participação na Gestão; 3) Política de Pessoal; 4) Gerência dos

Serviços Próprios; 5) Investimentos; 6) Fortalecimento da Rede Governamental; 7) Relacionamento com os Prestadores Privados; e 8) Programas Especiais¹³.

Todavia, essa estratégia não estava dando conta de corrigir as distorções do modelo de atenção voltado à assistência curativa individual e do modelo privatista com subsídio governamental. Embora tenha ocorrido forte expansão dos gastos federais com saúde, em especial entre 1987 e 1990, não houve complementação com medidas de medicina sanitária coletiva, o que se verificou pelo modesto gasto federal *per capita* em saúde pública¹⁴.

Outras mudanças ocorreram no cenário político em meados da década de 1980, quando assume o primeiro governo civil brasileiro – Nova República –, com a formação dos partidos políticos e o fortalecimento das centrais sindicais. Tudo isto tem reflexos positivos na Saúde, que foi traduzido na ampliação e divulgação dos serviços. Foram criados os órgãos de defesa do consumidor – PROCONs, delegacias e comissões – que forçaram o governo a olhar para o cidadão. Obviamente que esse movimento surgiu em função de alguns episódios como: contaminação de sucos e gelatinas com excesso de conservantes, manobras da indústria para impedir o controle de medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, acidente com o elemento radioativo Césio 137 em Goiânia, controvérsia quanto à liberação do uso de adoçantes artificiais em refrigerantes, dentre outros.

“Em 11 de abril de 1985 um grupo de profissionais da vigilância sanitária, reunido em Goiânia, elaborou a “Carta de Goiânia”, expondo a necessidade imediata de reformulação da Política Nacional de Saúde para esse setor e da criação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a reorientação dos serviços.” (SOUTO, 2004, p.25). Em 1987, houve

¹³ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, 1985. Relatório da gestão de Hésio Cordeiro.

¹⁴ Fonte dos dados: Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP / IESP (MEDICI, 1995).

ruptura entre a equipe responsável pela Vigilância Sanitária e o Ministro da Saúde, sendo que aquela foi afastada por conflito de idéias. Essas ocorrências, no entanto, já demonstravam os efeitos do novo movimento que se iniciava no final da década de 1980. O País vivia, ao mesmo tempo um processo de redemocratização e mergulhado na inflação, recessão e desemprego. O peso do tamanho do Estado, seu poder de intervenção, a necessidade de manter o mercado livre faziam contrapeso com as políticas sociais no outro lado da balança. Nesse momento, a Europa Ocidental e América do Norte já estavam seduzidas pela doutrina neoliberal de Hayek e Friedman, que se apresentava como “o novo combate contra o império do mal – a servidão humana mais completa...” (ANDERSON, 1995, p.12), e tinha como eixo central o anticomunismo.

No decorrer da década de 1990, “a noção de boa governança entra na moda e instituições multilaterais empenharam-se cada vez mais para envolver a sociedade civil no desenvolvimento e na implementação de políticas. A Organização Mundial da Saúde perdeu espaço para o Banco Mundial, que se tornou a principal fonte de financiamento para o setor de saúde e determinou a principal agenda multilateral nessa área” (Buse e Gwin, 1998; Abbasi, 1999 *apud* BJÖRKMAN, 2005, p.288).

Neste cenário, a Constituição de 1988 trouxe alguns marcos para a Saúde ao determinar, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Cria então, a obrigatoriedade legal para o Estado, que não conseguia na ocasião prover políticas sociais aptas a garantir a universalidade de acesso, de modo a promover justiça distributiva e equidade, e equacionar a frágil organização das políticas de saúde do país.

Em 1989 foi eleito um candidato de orientação neoliberal para a Presidência da República – Fernando Collor de Mello – que, com um curto mandato promoveu alguns retrocessos na Saúde, como por exemplo com o Projeto INOVAR, ao liberar a

comercialização de produtos sanitários sem a devida comprovação de eficácia, segurança e qualidade: tripé indispensável para a saúde do consumidor.

Conforme COSTA e ROZENFELD (2000, p.36) “ignorou-se a natureza protetora das ações de Vigilância, como se a doutrina do neoliberalismo e a desregulamentação pudessem sobrepor-se às práticas da Vigilância, como se fosse possível esquecer que o modo de produção cria lógicas que entram em choque com os interesses sanitários da coletividade”.

Por outro lado, em 1990, período em que estava em questão uma reestruturação econômica e uma reforma do Estado, foram estabelecidas importantes leis que levaram à criação de mecanismos aptos a possibilitar o exercício da cidadania, com a maior participação da sociedade civil, inclusive em órgãos colegiados, além da organização do Sistema Único de Saúde - SUS com bases para a descentralização de serviços e ações.

“No campo da regulamentação do texto constitucional, o Executivo moveu-se no sentido de adiar a implantação de direitos sociais, sobretudo quando isso envolvia ampliação de gastos; de reduzir a participação de recursos tributários nas despesas da Seguridade; e de manter o controle sobre os recursos da área social e sua destinação no âmbito federal” (HENRIQUE, 1998, p.88). Completa o autor que o resultado da queda do gasto social federal foi a deterioração dos serviços, particularmente nas áreas de educação e saúde.

No governo de Fernando Henrique Cardoso, ocorreram consoante observa VIOLA (2001, p.19) diversos fracassos referentes a adoção ampla de modelo de contrato de gestão para serviços públicos, reformas do sistema universitário, quebra das redes médico/hospitalares/burocráticas mafiosas no setor saúde, integração da política ambiental e sustentabilização das políticas públicas.

No Ministério da Saúde, na gestão sob o comando do médico sanitário Adib Jatene verificou-se muitas dificuldades em virtude da grande corrupção, baixa qualidade dos serviços públicos, déficit no controle dos medicamentos, os altos preços dos seguros de saúde, além da forte presença das empresas nacionais de seguro saúde no mercado. Em relação à questão orçamentária salientou o então ministro que recursos criados sob o argumento de ajudar o setor saúde, depois de aprovados, passavam a ter outro destino (JATENE, 1999, p. 61). Acabou demitindo-se.

Medidas importantes, todavia, foram tomadas na gestão de José Serra a este respeito, ocorrendo também políticas expressivas no combate ao tabagismo, no tratamento da Aids, e no desenvolvimento do programa de utilização de medicamentos genéricos. No final da década de 1990, já com políticas econômicas eminentemente seguidoras da doutrina neoliberal, importantes ações foram executadas na área da Saúde. Pode-se mencionar, a título de exemplificação, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA¹⁵ e da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS¹⁶; a implantação da política de medicamentos; campanhas publicitárias de educação para o uso de medicamentos genéricos; a alteração do Código Penal, que incluiu qualquer tipo de falsificação de substância ou produto de interesse da saúde na classificação de crime hediondo; a inclusão das substâncias e medicamentos como passíveis de proteção patentária¹⁷, dentre outras.

O Sistema Único de Saúde teve como corolários, princípios como a participação da população no planejamento, formulação, execução, acompanhamento e avaliação das ações de saúde; a descentralização na gestão dos serviços; o fortalecimento do papel do município; a universalização de cobertura; e integralidade no atendimento, reforçando a

¹⁵ Criada pela Lei nº 9.782/99.

¹⁶ Criada pela Lei nº 9.961/00.

¹⁷ Em observação ao Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio – ADPIC – TRIPS, em vigor desde 10 de janeiro de 2005. Publicado no Suplemento ao Diário Oficial nº 248-A, de 31.12.2004 – Seção 1, páginas 93 a 103.

relevância do cuidado nos aspectos preventivos e de promoção da saúde.

Para CANESQUI (1998, p.182) programas como o Piso de Atenção Básica (PAB), introduzido em 1998, o Programa de Agentes de Saúde (PAS), o Programa de Saúde da Família (PSF), o de Assistência Farmacêutica e o de Epidemiologia e Controle de Doenças, “tendem a se integrar ao processo mais amplo de implementação do SUS, cuja descentralização de atribuições, de recursos e da gerência é um dos eixos básicos da política de saúde da década de 1990”.

Durante o governo Luís Inácio Lula da Silva, em relação às políticas de saúde, destacam-se as políticas de saúde da família, reforma psiquiátrica e programas especiais como as medidas de combate ao tabagismo, saúde bucal, saúde mental e ações voltadas para as mulheres, crianças e adolescentes, idosos, índios e trabalhadores (MENDONÇA *et al.*, 2005).

As políticas de saúde dos primeiros 18 meses de Governo Lula, ainda que coerentes com o programa do candidato e com a Reforma Sanitária Brasileira (Paim *apue* MENDONÇA *et al.*, 2005), sofreram fortes constrangimentos políticos e econômicos, revelando o caráter contraditório da composição do governo e a ambiguidade das políticas públicas implementadas, adotando decisões que contrariavam a proteção da saúde, como as MPs que flexibilizaram a propaganda de cigarros e liberaram a soja transgênica (MENDONÇA *et al.*, 2005, p. 123).

Não obstante às bem vindas inovações na concepção dos serviços de saúde, assistimos ainda à árdua luta pela implantação do SUS no início do século XXI. Não desconsiderando os importantes avanços, há muito a ser feito, inclusive no desenvolvimento de outras políticas sociais como de saneamento, habitação, segurança, distribuição de renda, emprego, reforma agrária, e outras, de modo a ser assegurada a integralidade da saúde e melhores condições de vida para as pessoas.

Vale destacar aqui, o Pacto pela Saúde que, composto pelo Pacto pela Vida, Pacto

em defesa do SUS e Pacto de Gestão, é um conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, visando alcançar maior eficiência e qualidade de respostas. Também, estabelece prioridades e redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social¹⁸.

Isto sugere que as vontades e tendências de modelos de desenvolvimento adotadas pelos governos devem sim se curvar às reais necessidades de suas populações em busca do verdadeiro bem estar social e do reparo na desigualdade de condições de bem viver.

O estado de bem estar, identificado como saudável, é qualquer coisa sobre a qual se tem, sobretudo, uma sensação e, apenas, uma idéia: organicamente, trata-se de um padrão ideal, que não se sabe muito bem no quê consiste e que, portanto, só é atingido mediante condições não apenas bio-físicas mas psico-sociais também. Saúde, assim compreendida, é um objetivo do qual se procura aproximar. Saúde é um estado, uma condição (IANNI, 2000, p.103).

Como observa GOUVEIA (1999, p.57), a sociedade brasileira vêm enfrentando problemas típicos de países desenvolvidos, como “psicossociais (drogas, crime, doença mental, alcoolismo, etc.), alta incidência de doenças crônico-degenerativas, além dos problemas decorrentes da saturação do meio ambiente para absorver o impacto de transformações tecnológicas, como o aumento da poluição química, física e biológica da água, ar e terra, decorrente da industrialização, transporte, produção de energia”. Ainda por cima, não logrou se livrar totalmente de problemas de países em desenvolvimento, “como as doenças infecto-contagiosas, e aquelas decorrentes da provisão insuficiente de serviços”.

Apesar de o neoliberalismo se fundamentar nos preceitos do Estado mínimo, “populações inteiras, marginais e periféricas ao mercado e, por isso mesmo, de baixo poder

¹⁸ Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília; 2006. [atualizado em 15 set 2006; acesso em 16 set 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>.

aquisitivo, ficariam, se seguíssemos o receituário neoliberal, sem acesso aos serviços de educação, saúde, previdência, etc.” (BODSTEIN, 2000, p.82).

4.1.2. APROXIMANDO AS ÁREAS DE SAÚDE E AMBIENTE

Países em desenvolvimento, onde grande parte da população vive em condições de pobreza ou abaixo da linha de pobreza, têm grandes problemas de saúde, com altas taxas de mortalidade resultantes de doenças que poderiam ser evitadas, não fossem as más condições de alimentação, moradia, saneamento básico e do meio ambiente (BYDLOWSKI, WESTPHAL e PEREIRA, 2004, p.16).

As principais variações nas condições de saúde entre os países resultam de fatores ambientais, sócio-econômicos e culturais; o tratamento à saúde é de importância secundária. A pobreza é a mais importante causa de morte, doença e invalidez evitáveis, apesar de apenas um pequeno nível de renda per capita ser necessário para que se alcance uma expectativa de vida aceitável em nível nacional. Alfabetização, acesso à moradia, água limpa, saneamento, alimentação e urbanização também são fortes determinantes na relação entre saúde e pobreza (Beaglehole e Bonita *apud* BJÖRKMAN, 2005, p.289).

Com o propósito de construir um modelo de assistência à saúde fundamentado em concepções holísticas, e dentro de uma abordagem ecossistêmica é preciso estabelecer políticas públicas que alcancem a dimensão integral do ser humano e sua relação com o ambiente. Para isto, é preciso compreender o conceito ampliado de saúde, para lograr perceber as interações complexas entre os vários fatores considerados, tratando de não mais justapô-los, mas de integrá-los numa nova ordem, enquanto sistemas de integração bio-psico-socio-ambiental. E estes, comparados entre si, revelariam novas perspectivas, uma visão sistêmica da saúde humana, bastante necessárias quando se trata de construir políticas mais inteligentes e abrangentes de intervenção.

Diante dos diversos condicionantes e determinantes da saúde dos indivíduos, em especial relacionados à questão ambiental, a direção do SUS caminha para o desenvolvimento de políticas sociais que se articulem com as medidas de recuperação, conservação, melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida.

Assim, os princípios que a Carta Constitucional de 1988 consagra para a Saúde negam a medicalização generalizada da sociedade, afirmam a Saúde enquanto componente do bem-estar social e sua garantia pelo Estado como direito de cidadania. Uma Saúde a ser, prioritariamente, promovida e defendida antes que ser recuperada, ou “curada” e, portanto, não redutível à assistência médica. O que passa a exigir a criação de novas instituições, que possam se conformar ao caráter de intersetorialidade que essa “saúde do cidadão” envolve, uma vez que ela implica na garantia de moradia, alimentação, vestuário, educação e lazer adequados, proteção aos elementos vulneráveis como crianças, gestantes, deficientes e idosos, além de serviços de Saúde, proteção ao meio ambiente, controle das condições de trabalho e de todas as situações necessárias à preservação da vida e ao desenvolvimento das potencialidades humanas (MARTINS, 1996, p.72).

“Essa forma de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses. A ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal” (JUNQUEIRA, 2004, p.28).

A falta de cultura do diálogo e da interação entre os três níveis de governo, bem como entre setores ‘fortes’ – como planejamento, fazenda e obras/infra-estrutura – com setores ‘fracos’ – como saúde, saneamento e meio ambiente – revela dificuldades existentes hoje na busca de políticas integradas e intersetoriais, caracterizando parte expressiva da *vulnerabilidade institucional* brasileira diante dos problemas ambientais e sanitários (PORTO, 1998, p. 38).

Para JACOBI (1999, p.44) “a possibilidade de comprometimento público dos diversos atores sociais envolvidos potencializa a articulação de políticas públicas dentro de uma perspectiva de consolidar uma abordagem estratégica de desenvolvimento social, participativa, intersetorial e sustentável do ponto de vista socioambiental”.

As mudanças devem advir em prol da construção de um desenvolvimento

sustentável. A adoção deste conceito nas agendas internacionais representa a incorporação do pensamento sobre o crescimento a partir do tripé da eficiência econômica, preservação ambiental e justiça social, como premissas de transformação da sociedade no sentido da prosperidade, igualdade e solidariedade.

A problemática da sustentabilidade assume, neste final de século, um papel central na reflexão em torno das dimensões do desenvolvimento e das alternativas que se configuram para garantir equidade e articular as relações entre o global e o local. A área social é atualmente onde se explicitam os maiores desafios de respostas que possibilitem uma articulação dos diferentes interesses em jogo. A organização democrática do poder local assume cada vez mais um espaço central numa agenda que contemple a necessária articulação não só entre atores, mas entre políticas (JACOBI, 1999, p.39).

Para CANESQUI (1998, p.173), o elo entre as políticas ambiental e de saúde são ainda muito frágeis, “à medida que elas seguem suas próprias lógicas e objetivos, materializando-se também em organizações burocráticas separadas e fragmentadas em todos os níveis executivos de governo (federal, estadual e municipais), sem que a intersectoriedade (sic) e integralidade se efetivem, tornando-se, contudo, desejáveis para dar conta da complexidade e multiplicidade das condições de saúde e da qualidade de vida de nossas populações, num novo padrão de desenvolvimento, que leve em conta uma relação menos predatória com a natureza e os seres humanos”.

Enquanto a regulamentação e implementação do SUS reforçaram a descentralização pela via da municipalização, durante a década de 90, a política ambiental ensaiou o processo de repassar aos estados e municípios responsabilidades nesta área, para as quais a grande maioria não dispõe de capacidades técnicas, administrativas, institucionais e de recursos humanos e financeiros, embora a área ambiental conte com certo grau de organização burocrática na instância federal de governo e em alguns estados e municípios, enfrentando ainda dificuldades para dar conta dos problemas ambientais existentes (CANESQUI, 1998, p.183).

Um grande passo rumo ao desenvolvimento de trabalhos mais estreitos e integrados de saúde e ambiente foi dado com a celebração de um Termo de Cooperação

Técnica, entre os Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente em 07 de novembro de 2001 (Anexo III).

Embora não existam políticas e programas nacionais integrados consolidados, podem ser citadas diversas ações e atividades desenvolvidas conjuntamente entre os setores ambiental e de saúde, que de certa forma favorecem as expectativas de desenvolvimento desta intersectorialidade, como por exemplo, o Mapeamento de Áreas de Risco no âmbito do Plano Nacional de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida a Emergências Ambientais com Produtos Químicos Perigosos – P2R2; as iniciativas de interação na Construção de Agendas 21 Locais; a criação do Decreto nº 5.440/05, que institui mecanismos e instrumentos para divulgação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano, dentre outros.

Ações intersectoriais relacionadas aos compromissos assumidos com a Rio 92 e a Agenda 21 continuaram a realizar-se – como, por exemplo, as discussões em torno dos sistemas de informação em saúde e do Programa Nacional de Segurança Química – porém de forma isolada e sem instrumentos formais que propiciassem maior nível de priorização e cooperação intersectorial por parte do governo federal. Regionalmente, experiências isoladas de construção de Agendas 21 estão ocorrendo sem a incorporação dos avanços e contribuições geradas no país pelo processo da COPASAD (PORTO, 1998, p. 43).

Além disso, tem sido fundamental para o estreitamento das áreas a participação e acompanhamento, por parte dos órgãos que desempenham funções de saúde ambiental, de fóruns como o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA, Conselho Nacional de Recursos Hídricos - CNRH, Conselho Nacional das Cidades - CONCIDADES, Comissão Nacional de Segurança Química – CONASQ, Comissão Nacional de Biodiversidade – CONABIO, Comissão Nacional de Bioeletromagnetismo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – CONDES, entre outros.

Também muito importantes, são as estratégias de iniciativa da saúde, que aproximam o trabalho dos setores, e vem sendo desenvolvidas em muitas localidades no país,

como o estímulo a criação de Cidades e Ambientes Saudáveis, ações preventivas e participativas referentes à Atenção Primária Ambiental e o próprio fortalecimento da vigilância em saúde ambiental, com seus diversos programas relacionados à qualidade da água e do ar, à exposição à solos contaminados, produtos químicos e fatores físicos de risco à saúde, acidentes com produtos perigosos, desastres naturais e cooperação no licenciamento ambiental de empreendimentos potencialmente poluidores.

Como pressuposto do desenvolvimento de ações e programas intersetorias, preemente a harmonização de entendimentos e atribuições no contexto intrasetorial. Em relação a isso, as interfaces da vigilância em saúde ambiental com a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, laboratórios de saúde pública, e saneamento ambiental, devem ser bem compreendidas, para uma melhor intervenção do SUS.

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersetorial (JUNQUEIRA, 2004, p.27).

4.1.3. DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E AMBIENTE

No campo da saúde pública, sob uma visão sistêmica da realidade, a intersetorialidade se faz imprescindível, posto que qualquer indicador de saúde reflete uma gama de variáveis inter-relacionadas. Desse modo a atuação isolada do setor, não será suficiente para assegurar o bem-estar da população. Daí a necessidade de políticas públicas

integradas, que combinem e orientem os recursos disponíveis para o pleno desenvolvimento da coletividade.

Não obstante, eivados de uma cultura desagregadora, as instituições públicas, as pessoas que as representam e a sociedade em geral encontra muitas dificuldades na implementação daquelas, conforme se pode observar.

“A intersetorialidade, que pressupõe como o nome diz a ação inter setores ela pra mim é importante se tiver junto com ações integradas, que pressupõe articulação e também se tiver junto com a interdisciplinaridade. Isolada pra mim, a intersetorialidade ela não faz muito sentido na medida em que você está pensando de uma forma estanque só em setor. (...) Baseado nisso os grandes desafios estão na própria condição humana. Na condição humana a gente tem no dia a dia da gente uma disputa de espaço, de poder e isso se transfere para as instituições, para o exercício profissional. (...) Acho que os desafios e as dificuldades também está na identidade institucional (...) essa identidade faz com que sejam gerados conflitos de interesse, então têm áreas de superposição entre as diferentes instituições, entre os diferentes interesses. (...) É um desafio vencer essa disputa de competências. Essa superposição de competências ela claramente é dada na medida em que como nós seres humanos para gente atuar a gente foi cada vez mais se setorializando, dividindo em áreas, se especializando. (...) Então, a fragmentação das áreas, do conhecimento, dos setores contribui também para uma dificuldade muito grande nessa atuação intersetorial. Uma outra questão é que as instituições não estabelecem claramente, nem individualmente cada instituição ou cada setor, nem o conjunto deles, mecanismos e estratégias de atuação conjunta. (...) A comunicação entre instituições passa por isso, e isso você não defini somente com uma portaria, ou um com decreto presidencial. Você passa pelos gestores que estão ocupando naquele momento (...) no federal e no estadual muda o governo não muda só o ministro e seu gabinete, mudam todos. Então, isso significa que pode mudar toda a implementação de programas, de políticas, de projetos, porque mudam todas as pessoas, então não importa que tenha ocorrido um decreto presidencial permitindo ou facilitando essa atuação conjunta, porque você tem que negociar tudo de novo” (Entrevistada 3).

“A dificuldade maior é você abrir mão de como você vê a coisa, do seu saber. Você achar que aquilo é mais importante, que aquela face da coisa é mais importante. Assim, a gente no saneamento, a gente custou anos a ver que mostrar a face de saúde do saneamento era essencial em alguns momentos, e foi de uma riqueza extraordinária na luta contra a privatização do setor.” (Entrevistada 6).

Encontra-se no próprio seio das organizações uma preocupação recorrente de resguardá-las de constantes mudanças do poder político, características das mudanças de organograma. Concorro que o tecido do poder também pode ser alterado através de outras práticas capazes de ampliar a autonomia da organização e torná-la menos vulnerável às tendências do poder político, mas entendo que essa perspectiva não minimiza os resultados de mudanças no perfil da estrutura de governo, inclusive como meio viabilizado de mudanças das formas de funcionamento (INOJOSA, 1998, p. 38).

Percebeu-se na opinião dos entrevistados, que a questão da fragmentação da atuação estatal é um grande óbice para o desenvolvimento de ações integradas. Isto obviamente, prejudica não somente os resultados da intervenção do poder público, que acaba se dando de forma pontual e incompleta, como também a população em geral, quando se depara com questões que envolvem mais de um setor e não sabem a que princípios e normas seguir, haja vista que muitas vezes os procedimentos são pensados e desenvolvidos de forma totalmente desarmônica pelos órgãos governamentais.

“São na minha opinião, a cultura de ações fragmentadas, ora porque existe um grande contingente de movimentos que atuam neste sentido e que tem demandas ainda muito compartimentadas, e ora até mesmo um pouco de dificuldades que tem no Estado, no Poder Público, em compreender, em elaborar políticas públicas intersetoriais e políticas públicas acopladas, integradas, né? Ainda também, cada Ministério vai tendo sua atuação muito voltada para aquele tema específico sem ter uma ação mais planejada, de conjunto” (Entrevistado 4).

“Se a gente for ver historicamente como é que as políticas públicas são construídas, você tem uma marca muito grande de desagregação de integralidade. E isso não é a toa, a maneira como a própria lógica do Estado é organizado, ela é organizada de forma a fazer intervenções pontuais, eu digo particularmente o Estado capitalista, ele faz intervenções voltadas para os interesses do capital. Com isso ele visa, em síntese, regular a possibilidade de fazer com que o capital se acumule mais ainda. Então, essa visão que se constrói de fazer com que exista esse caminho da construção de integralidade, ela é uma visão que esbarra permanentemente nesse desafio de na verdade construir eu diria assim brechas, possibilidades muito tênues, que são construídas às vezes muito dificilmente e tem momentos históricos específicos que isso dá certo, determinadas circunstâncias, por conta dessa pressão” (Entrevistado 1).

“A questão para o Estado organizado do jeito que está, na forma de poder que existe a intersectorialidade é um problema. É um estado que se faz, suas áreas de poder em espaços que são espaços técnicos. (...) Você não tem este problema só entre saúde e ambiente. (...) Quando eu tô falando da intersectorialidade, vamos deixar de eufemismo, você está rompendo com uma organização, uma estrutura setorial. (...) A forma que tá organizado o executivo e a cultura política, a forma partido, são obstáculos para que você realize possibilidades de transversalização do poder. Isso significa uma outra forma muito mais repartida com grande ascendência da sociedade civil sobre as questões do Estado (...) isso é uma novidade muito grande” (Entrevistada 2).

Muitos estudos têm mostrado que a pobreza endêmica, situações precárias de vida e condições ambientais inadequadas, são fatores contribuintes para a queda do estado de saúde e baixa qualidade de vida da população.

Neste sentido, imperativa a necessidade de políticas que transpareçam a ação estatal, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e da fragmentação, criando sinergias para potencializar os recursos humanos, materiais e as possibilidades institucionais, como instrumentos de operacionalização dos anseios da ordem social estabelecida.

“Não melhoraremos jamais os nossos índices de sanidade se não cuidarmos, atenta e desassobradamente, das águas, dos esgotos, da habitação, da alimentação, da destinação final do lixo, do lazer, do salário, da qualidade do alimento e do medicamento, da imunização e do combate às endemias, da vigilância sanitária e, evidentemente, do diagnóstico e do tratamento das doenças” (JATENE, 1999, p. 57-58).

“Do ponto de vista da saúde, eu diria de que, isso é muito forte no Brasil, embora a gente tenha em tese, uma proposta de até na constituição e o próprio sistema de saúde, de propor a saúde enquanto uma condição ou então como consequência de toda uma inserção das pessoas, das comunidades da vida, econômica, sanitária, educacional, de lazer, enfim é bastante ampliada. Na prática, na prática, nosso modelo de saúde de intervenção estatal ele também é muito centrado nos aspectos da assistência médica, o que prevalece ainda, inclusive no campo da saúde pública, é uma visão muito calcada na perspectiva biologicista, como é que biologicamente você explica aquele fenômeno e como é que o aparelho do Estado se organiza para dar conta de responder essas questões” (Entrevistado 1).

“De uma forma genérica seria possível considerar como qualidade de vida a garantia do exercício dos chamados direitos de segunda geração, os direitos sociais e econômicos conquistados no século XX a partir do movimento operário e sindical – direito ao trabalho, à saúde, à educação, aos meios de bem-estar social, que tornam reais os direitos formais, conquistados a partir do século XVII” (INOJOSA, 1998, p.42).

O equilíbrio do meio ambiente, neste considerado o ambiente de trabalho, é um dos atributos fundamentais na interconectividade de fatores que permeiam o estado de saúde da pessoas, uma vez que incidem índices alarmantes de doenças conjugadas a um ambiente

insalubre.

“Na busca de você procurar subsídios para defender essa tão almejada na época saúde ocupacional, você acaba se deparando com outros fatores e situações do qual você não consegue se desvincular. Então, nós acabamos permeando pela questão da saúde pública em si, e dentro da saúde pública você acaba se deparando com uma situação que está diretamente ligada, que é a questão ambiental. (...) Se nós não reforçarmos essa visão de saúde pública, saúde ambiental, que hoje é um tema novo e muito justo, você não tem como resguardar quem trabalha” (Entrevistado 5).

4.1.4. DA INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE

O modelo de desenvolvimento neoliberal, adotado pelo Brasil nas últimas décadas, tem favorecido a exploração predatória dos recursos naturais, o empobrecimento da população e a desigualdade social no país. Na contra corrente da globalização, com os crescentes cortes de gastos públicos e privatização dos sistemas sociais, muitas dificuldades se apresentam na implantação do Sistema Único de Saúde.

GOUVEIA e PALMA (1999, p. 142), salientam “a importância do SUS como política social que caminha na contramão dos atuais processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social”.

Vale ressaltar a esse respeito o alerta de BUSS (2002, p. 31) de que além do levantamento de informações “é preciso que se explicitem melhor as relações entre os modelos de desenvolvimentos vigentes e as situações do ambiente e da saúde em diferentes formações sociais consideradas, para que se possam construir intervenções capazes de reduzir ou minimizar os riscos e os danos deste dinâmico processo de interação”.

Como nas duas últimas décadas o Estado brasileiro acabou tornando-se refém das políticas de curto prazo, não se tem ainda uma resposta para o seu papel num novo ciclo de desenvolvimento. Que funções deverá desempenhar, que necessidades deverá atender e de que forma deverá estruturar-se

para isso. Porque, como já foi dito antes, perderam-se as idéias relacionadas com o planejamento estratégico, a formulação de políticas de longo prazo e a visão estrutural do processo de desenvolvimento. Há vinte anos, patina-se num terreno movediço de políticas de estabilização de curto prazo, sem perspectiva de maior alcance quanto ao futuro do país (BARAT, 2001, p.64).

Nesta atmosfera de desregulamentação do Estado, aliada aos desdobramentos da prolongada crise recessiva e políticas de ajuste fiscal em curso, são prejudicadas a construção de projetos nacionais e a atuação dos órgãos governamentais como planejadores, formuladores e gestores de políticas públicas.

“A organização do Estado expressa um momento político, um momento histórico, da forma como a sociedade está conseguindo tá organizada e estar se representando nas políticas públicas como um todo. Sob a perspectiva, quase que ideológica, em que o eixo central ou então o interesse fundamental é a qualidade de vida do ser humano, acima de qualquer outro interesse, ou seja a sociedade conseguir dar conta de se estruturar e se organizar de forma a que as pessoas que estão ali naquela sociedade se apropriem e se beneficiem das riquezas para fazer com que elas mesmas possam avançar na dimensão da sua realização de vida da maneira mais plena possível, é muito fácil de certa maneira imaginar a importâncias de ter políticas públicas integradas. É claro que o conhecimento técnico, os mecanismos gerenciais, as metodologias, as formas de intervenção tem o seu papel na especificidade do conhecimento. Isso não pode ser perdido também a dimensão, a construção científica sempre é um balizador fundamental da forma como a gente consegue inclusive estar organizando melhor a intervenção na realidade do homem. Eu diria assim que em todos os momentos em que abrem-se possibilidades de percepção, da sociedade, da comunidade científica, dos políticos e de outros atores sociais, de que a hora é a hora da integração, isso acontece num piscar de olhos, isso a gente vê tanto no plano das decisões macroeconômicas quanto no plano das decisões locais, onde esses interesses se sobrepõem” (Entrevistado 1).

“Tem uma dificuldade de entender o que é seja uma política, uma política de Estado,(...) o que é uma política social, o que é uma política pública, (...) a política social não é uma política, são políticas sociais, são políticas diferenciadas. Aí eu tenho que falar assim, então, a política de meio ambiente é uma política social, não é” (Entrevistada 2).

No afã de se consolidar a comunicação entre as diversas instituições que compõem a Administração Pública, os governos têm tentado empreender reformas em seu aparato estatal. “Esse esforço de transformação organizacional busca atender à ansiedade da sociedade por uma resposta mais efetiva do governo em relação às condições de vida da população. De outro lado, o governo é instado a atender através da distribuição de poder aos grupos de interesse dominantes e capazes de vocalização” (INOJOSA, 1998, p. 36).

Salienta a autora supracitada que as estruturas organizacionais ainda apresentam um formato piramidal, composto por vários escalões hierárquicos, e departamentalizadas setorialmente por disciplinas e áreas de especialização.

“A essas características soma-se um conjunto de práticas de organização de trabalho, como: centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução (planos de papel), sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva (grande produção de papéis que circulam em rotas horizontais e verticais, para receberem, no mais das vezes, meros encaminhamentos), e distanciamento do cidadão e mesmo do usuário, dificultando o controle social”(INOJOSA, 1998, p. 38).

Neste compasso, muitos desafios se apresentam em busca da integração de políticas públicas. Como esta transversalidade se faz imprescindível para que se atinja melhores e mais duradouros resultados na governança, alguns pontos foram realçados pelos entrevistados.

“Primeiro isso tem que partir de uma concepção de projeto de soberania, portanto além disso também um projeto de desenvolvimento social e econômico. E a partir disso você ter as ações de governo, as ações do Estado, do Poder Público, voltadas dentro dessas concepções mais globais, para os determinados pontos, e fazendo com que os ministérios e seus especialistas, seus estudiosos tenham momentos cada vez mais intensos de planejamento conjunto, de como é que uma determinada política nacional que tem a ver com a geração de emprego, de renda, de qualidade de vida para o povo nas cidades e no campo, sem deixar de vista que as coisas tem que ser integradas (...). A falta dessas políticas principalmente nas décadas anteriores fez com que construíssemos cidades cada vez mais sem condições de adaptabilidade digna” (Entrevistado 4).

“Esse negócio de políticas integradas, é a mesma coisa que falar de integração de grupos. Não basta sentar todo mundo e cada um só com o saber, tal. A gente tem que achar coisas comuns, como as áreas vêem, como as políticas podem se integrar e aparecer uma solução além daquelas setoriais, que não é só a soma $A + B + C$. É uma solução nova que aquele conjunto possa dar às questões. Então eu acho que as políticas tem que ser integradas, porque há muita coisa que sombreia, e trabalhar nesse sombreamento para tirar alguma coisa nova, eu acho que é obrigação de todas as políticas . ”(Entrevistada 6).

“Para integrar eu tenho que buscar o que existe de comum entre as pessoas, as instituições, as políticas” (Entrevistada 3).

“As ações integradas que se dão entre as instituições hoje, na maioria das vezes, se deve a personalidade e a subjetividade, ao conhecimento que existe entre as pessoas (...) (não necessariamente com o respaldo institucional” (Entrevistada 3).

"O Brasil é um país federativo caracterizado pela existência de múltiplos centros

de poder, por um sistema complexo de dependência política e financeira entre as esferas governamentais e não governamentais, por grandes disparidades inter-regionais e por distintos caminhos para a realização de políticas públicas (Souza *apue* MENDONÇA *et al.*, 2005, p.110).

No que toca às questões pertinentes à interface saúde e ambiente, entenderam os entrevistados que as ações promovidas pelos órgãos estatais destes setores são muitas vezes desencontradas, assim como sua forma de atuar. Enquanto na saúde a descentralização se dá mediante uma coordenação central que determina as regras gerais, devendo os estados e municípios particularizarem em atendimento às suas especificidades, no setor ambiental existe uma independência muito maior das outras esferas de governo em relação à federal.

Foi destacado também o aspecto de que o Ministério do Meio Ambiente se pauta muito em cima dos acordos internacionais, em detrimento das verdadeiras prioridades na matéria para o Brasil, além do que a questão ambiental não obstante sua importância para o pleno desenvolvimento da nação e de seu povo, não recebe o *status* adequado dentro da agenda dos governos, tampouco é compreendida sua interrelação com outras áreas, em especial com a saúde.

“Particularmente no que se refere à questão de saúde e ambiente, eu tenho pensado muito nisso, quer dizer, porque que não só no Brasil mas em outros países, essa tese da questão ambiental, embora tenha um espectro muito amplo de ligação com diversas outras políticas, porque ela acaba se tornando fechada em si mesma. Eu diria assim, de que a manutenção do status quo, a maneira como o setor ambiental chega ao poder, particularmente nos países da América Latina também no Brasil, ele chega muito voltado para atender as agendas ambientais internacionais, e não tanto as agendas da sociedade como um todo ” (Entrevistado 1).

“Olha, esse é o nosso maior problema, porque quando você cruza, que nem o nosso caso, nós temos envolvimento com a esfera de trabalho, Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério do Meio Ambiente. Há um desencontro muito grande em se tratar de um mesmo assunto e visões totalmente diferentes. Essa falta de integração atrapalha demais. Eu não sei se isso é proposital, ou se isso é alguma coisa que não foi enxergada a tempo e possa ser fruto talvez de uma correção. Mas eu acho que essa integração já deveria ter sido ontem, porque se você entrar num site do Ministério da Saúde para pesquisar sobre toxicologia, vamos supor, as características tóxicas de um determinado produto (...) eles vão ter mais coerência em fazer uma avaliação. O

Ministério do Meio Ambiente não, ele vai procurar referências internacionais que muitas vezes não batem com a nossa (...) essa discrepância de informação, isso atrapalha porque você tem que se balizar por alguma coisa harmoniosa” (Entrevistado 5).

“Do ponto de vista maior, o caminho do Brasil, do Estado brasileiro, das grandes decisões que estavam tomadas, não tinha muito porque mexer nisso, ou seja, a agenda ambiental no Brasil de certa maneira é importante, ela é respeitada, dependendo dos atores que estão ali se colocando e a força dos interesses econômicos “neutraliza” a agenda ambiental. A agenda ambiental se deixar ela fica presa ou voltada principalmente para à questão da Amazônia, questões emergentes como foram discutidas agora na Conferência, dos transgênicos e tal, mas essa profunda relação entre qualidade ambiental e qualidade de vida, ela nunca foi de maior interesse do Estado Brasileiro, da maneira como a gente imagina que tem que ser. Até é interessante, no próprio governo da ditadura em alguns momentos a gente teve muito mais interesse nisso, dependendo da geopolítica e dos interesses da época. Mas em linhas gerais assim o caminho do Brasil já era um caminho de plena inserção no processo da globalização, redução do papel do Estado, naquele período, segundo o governo Fernando Henrique a criação de muitas agências reguladoras (...). Do outro lado, que é curiosidade mas é interessante, que são os espaços que o SUS abre, a maneira tão ampliada que a gente tem a forma de organização do SUS em que aí sim, embora tenha tido uma parada do ponto de vista da continuidade dos grupos de trabalho e da formulação do documento da Política, que vinha sendo estruturada em 90, talvez até por saída dos atores das diretorias, das secretarias, isso acontece também, né, dar uma paralizada assim momentânea. Mas a saúde já vinha, no Brasil particularmente, vivendo uma repercussão muito grande dos impactos da questão ambiental, as preocupações todas, enfim da carga, da pressão da questão ambiental com a saúde. Eu acho que isso sim, propiciou num processo de proposição do Projeto VIGISUS, que teve um peso na organização da última fase da FUNASA, em que a questão da saúde ambiental ou vigilância ambiental em saúde entrou em cena” (Entrevistado 1).

Tendo em vista as questões abordadas nos depoimentos dos entrevistados, salta novamente aos olhos a imprescindibilidade de se priorizar a promoção de melhores condições de vida e ambientais, e de se buscar na construção de uma política integradora, uma ferramenta para corrigir as distorções e dar um novo tratamento à essas questões, de forma mais sistêmica e coordenada.

“Todos os ministérios tem uma atuação que em última análise está relacionada às questões de saúde da população e às questões de ambiente. Então se eu for trabalhar uma política pública integrada de saúde e ambiente eu vou discutir com todos os ministérios, pensando numa política nacional, e identificar quais são os temas comuns” (Entrevistada 3).

“O nosso desafio é tentar fazer com que essas agendas possam se aproximar e aí inúmeras dificuldades surgem, eu acho que é muito mais expressada assim no resultado desses movimentos. Embora existam compreensões, demandas muito claras de que essas barreiras precisam ser superadas, na prática, na prática, acaba não acontecendo da maneira como nós imaginamos” (Entrevistado 1).

“Nós temos que falar pra quem elabora a política de meio ambiente, que tem que se manter determinado padrão ambiental onde você tiver população humana, para que ela tenha saúde. E nós temos que dizer isso pro caso da economia também. Então isso eu acho que é uma direção que nós temos que apontar politicamente” (Entrevistada 2).

Perguntados sobre a contextualização política em que está inserida a construção da PNSA, e se os passos dados estão de acordo com as grandes metas do Governo Lula, a maioria dos entrevistados não soube responder. A seguir, estão relatados alguns comentários sobre este quesito.

“Eu acho que a nossa Política é muito generosa. Ela teria dificuldade de se adequar a uma meta de exclusão. (...) É a essência dela, ela é um política de inclusão, de consciência, de avanço da forma de olhar, eu vejo isso. Talvez, concatenada com a modernidade do Brasil, no que ele tem de melhor, independente de ser esse governo ou outro, estamos muito atuais, na minha concepção” (Entrevistado 1).

“(No governo Lula) você tinha um ambiente mais favorável e uma disposição também social e dos próprios grupos de trabalhar com a questão, porque havia credibilidade, o que hoje não é verdade. As pessoas murcharam, a gente tem dificuldade até de fazer reunião do GT da ABRASCO, não é por coisa não, porque as pessoas estão muito desiludidas. Algumas assumiram uma posição assim, de agora pra adiante eu só vou defender os direitos da sociedade e eu tô contra e vou indo pra todo lugar pra desestabilizar tudo. As pessoas não tinham essa idéia antes, você tem quando você é oposição, inclusive que você tem uma idéia de que aquilo é ruim, de que o governo é muito ruim. Eu não acho que exatamente seja isso verdade, eu não acho que o governo Lula é exatamente essa coisa horrorosa que está sendo pintada aí. Eu também não sou uma criança e nem sou alienada e vejo que isso é uma forma política eleitoreira de derrubar uma proposta” (Entrevistada 2).

"Nesse momento, será mais importante iniciar o processo de aglutinação de pessoas que não desistiram de sua capacidade de transformação pessoal e coletiva. Temos que transformar o 'não acredito em mais nadarem argumentos políticos e elaborar uma reação à essa descrença. Procurar 'transformar a vergonha daquilo que nossas crenças permitiram em capacidade de questionar e inventar, ou seja, resistir' (REIGOTA, 2005, p. 27).

4.2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

“É preciso ter coragem para nos experimentarmos democraticamente”

PAULO FREIRE

Para superação da crise econômica e política do capitalismo nas últimas décadas do século XX, pensadores da direita liberal posicionaram-se pela estabilidade monetária, redução dos gastos sociais, e enfraquecimento do movimento operário organizado, que no final da década de 60, na Europa Ocidental, empreendeu importantes conquistas, institucionalizadas na década seguinte. Deste modo, ao cabo do século, o triunfo daquele modelo econômico, se fez mediante retrocessos dos avanços sociais incorporados ao Estado de Bem-Estar, como precarização das formas de trabalho e das políticas de proteção social.

Não obstante, timidamente, novas formas de organização social foram surgindo. Observou-se o estreitamento de entidades sem fins lucrativos com o Estado e o reconhecimento destas como interlocutoras de mecanismos alternativos de atuação sobre a realidade social. Ressalta AMARAL (2003, p.34) que “essa aproximação, numa perspectiva internacional, está inserida no que se convencionou chamar de crise do Estado provedor, que busca por modelos alternativos de implementação de políticas sociais. Além disso, deve-se considerar a transformação das sociedades rumo a contextos democráticos, buscando novas fórmulas de participação social e índices elevados de responsabilização no uso de recursos públicos”.

As transformações na dinâmica de gestão e o fortalecimento de práticas que tornam legítima a participação cidadina estão, direta ou indiretamente, associadas a necessidade de imprimir também maior eficiência à ação governamental. Trata-se de tema permeado por contradições em virtude das transformações em curso, inclusive nos países capitalistas avançados, a partir da crise do Welfare State e do fortalecimento das políticas neo-liberais. A lógica de desqualificação do papel do Estado e a defesa do Estado mínimo constituem a referência recorrente na concepção privatista da ideologia neo-liberal visando a gradual erosão dos direitos sociais, a desregulação que privilegia a transferência para a sociedade civil de responsabilidades anteriormente vinculadas à ação do Estado (JACOBI, 1999, p.36-7).

Em torno da reivindicação de mais liberdade, igualdade e justiça social, novos

atores e movimentos emergiam, pleiteando a prestação de serviços públicos relacionados a redistribuição de terra; políticas de habitação; reconhecimento dos direitos sociais, cívicos e culturais; melhoria na qualidade de vida; segurança e proteção do meio ambiente.

“O movimento ambientalista surgiu como um manifesto pela sobrevivência do planeta, de bichos e plantas ameaçados pela extinção e no Terceiro Mundo, assumiu a forma de defesa da sobrevivência social dos desvalidos, abraçando a questão ética. Os ecologistas sociais, por outro lado, querem mais que a sobrevivência, querem a felicidade posta como questão política e coletiva” (PELICIONI, 1998, p.28).

A redefinição das relações entre Estado e sociedade civil no Brasil, no final dos anos 70, implica na constituição, com muitos percalços, de uma esfera societária autônoma. O surgimento da sociedade civil brasileira está indissoluvelmente vinculado não apenas à emergência de movimentos sociais, mas ao processo pelo qual atores sociais modernos e democráticos surgiram, adquiriram uma nova identidade democrática e passaram a pressionar o Estado e o sistema político a se adaptarem a uma nova concepção acerca da moderna institucionalidade democrática (JACOBI, 1999, p.33)

Como lembra GOHN (2004, p.22), o “campo dos novos atores ampliou o leque dos sujeitos históricos em luta pois não se tratava mais de lutas concentradas nos sindicatos ou nos partidos políticos. Houve, portanto, uma ampliação e uma pluralização dos grupos organizados que redundaram na criação de movimentos, associações, instituições e Organizações não governamentais (ONGs)”.

Com o aumento dos canais de influência social, vislumbrou-se no decorrer dos anos 80, uma complexidade crescente das interações dos movimentos sociais e entidades do terceiro setor com os órgãos governamentais, ganhando relevância a questão das assessorias especializadas e das articulações interinstitucionais.

Reforça AMARAL (2003, p.35) “a importância de que a sociedade civil ganhe

capacidade de mobilização e articulação política para construir-se como espaço público capaz de contrabalançar o poder do Estado”. Ressalta ainda que “uma sociedade precisa atingir certo nível de organização de seus interesses públicos e privados, antes de tornar-se capaz de exercer controle sobre o Estado” (Campos *apud* AMARAL, 2003, p. 36).

As iniciativas da sociedade devem buscar a sustentabilidade na responsabilização direta da população envolvida, na geração de renda capaz de apoiá-la e quiçá de reproduzi-la. Nesse sentido, para possibilitar e incrementar ações e projetos sócio-ambientais, premente se faz a busca de parcerias, tanto com o poder público, como com entidades privadas.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 ficou consagrado, então, o entendimento de que as questões de ordem social precisavam ser tratadas de maneira globalizada e em simbiose entre governo e sociedade, sendo portanto necessária a criação de novos espaços de participação, alterando-se o relacionamento com o poder público, com o objetivo de buscar o bem-estar e a justiça sociais.

Prevê a nova Carta Magna vários instrumentos de participação, direta ou indireta, do cidadão na Administração Pública, quais sejam: direito à informação (art. 5º, XXXIII); mandato de injunção (art. 5º, LXXI); *habeas data* (art. 5º, LXXII); ação popular (art. 5º, LXXIII); participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários seja objeto de discussão e deliberação (art. 10); publicidade dos atos da Administração Pública (art. 37); direito de o cidadão denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas (art. 74, § 2º); participação do produtor e trabalhador rural no planejamento e execução da política agrícola (art. 187); participação da sociedade e dos Poderes Públicos nas iniciativas referentes à seguridade social (art. 194); caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação dos trabalhadores, empregados, aposentados e Governo os órgãos

colegiados (art. 194, VII), diretriz da participação da comunidade na área da saúde (art. 198, III), e na assistência social (art. 204, II); gestão democrática do ensino público (art. 206, VI); colaboração da comunidade na proteção do patrimônio cultural (art. 216, § 1º); dever da coletividade em defender e preservar o meio ambiente ecologicamente equilibrado (art. 225); o dever da família e da sociedade de cuidar das crianças e adolescentes (art. 227) e do idoso (art. 230).

No novo cenário, a sociedade civil se amplia para entrelaçar-se com a sociedade política, colaborando para o novo caráter contraditório e fragmentado que o Estado passa a ter nos anos 1990. Desenvolve-se o novo espaço público, denominado público não estatal, onde irão situar-se conselhos, fóruns, redes e articulações entre a sociedade civil e representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais. Essas demandas passam a ser tratadas como parte da ‘Questão Social’ do país” (GOHN, 2004, p.23).

As práticas participativas cada vez mais se institucionalizaram e multiplicaram no decorrer dos anos 90, despontando novos movimentos fundados em ações solidárias, inovadores e com dimensão mais ampliada na tutela de bens, como a revalorização da vida, promoção da paz, da qualidade de vida e da dignidade humana.

Na mesma década, como acresce AMARAL (2003, p.45), “surgiram outras formas de interação para o enfrentamento dos problemas socioinstitucionais, e os hábitos organizacionais e gerenciais se alteraram. Em muitas entidades, especialmente naquelas identificadas como ONGs, a improvisação cedeu espaço a uma estrutura mais organizada de trabalho, em especial com a figura do ‘projeto’. Ganhou-se em institucionalização e profissionalização.”

Para JUNQUEIRA (2004, p.27) “a incorporação das organizações do terceiro setor introduz uma nova dinâmica na gestão das políticas sociais, que, privilegiando a lógica do cliente, valoriza a gestão intersetorial, que possibilita o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e equânime”.

A busca de autonomia, marcada no período militar e transição democrática perdeu lugar para a busca da cidadania, cujo exercício implica não apenas na aquisição e efetivação dos direitos, mas também nos deveres e responsabilidade sociais. Exige-se um comportamento social não apenas de passivo reivindicante, mas sobretudo propositivo e construtivo da moderna sociedade, os cidadãos cumprindo o papel de indutores de responsabilidades governamentais.

As grandes transformações do Estado e as recentes exigências da sociedade contemporânea estabeleceram uma nova ordem social. Com a ocupação de novos espaços pelos cidadãos, novos comportamentos, valores e instituições surgiram para atender às necessidades sociais e políticas emergentes. Assim, as formas mais tradicionais de democracia, na busca de legitimar as relações Estado-sociedade, integraram à idéia de representatividade, formas mais diretas de participação, não somente através do poder de voto como também no controle social administrativo (PEDALINI, 2003, p.60).

“O Estado deixa de lado o papel de executor, ou prestador direto de serviços, e passa a ter função de promotor e regulador. Quem vai executar estas políticas serão justamente as OSs¹⁹ e as OSCIPs²⁰, que se constituem e se qualificam como tal – através de um contrato de gestão, no caso das OSs, firmado entre o Terceiro Setor e o poder público; ou através de um desmembramento de parte do próprio poder público, via parcerias com as OSCIPs” (GOHN, 2004, p. 27).

Lembra AMARAL (2003, p.40) que em ambos os mandatos de Fernando Henrique Cardoso houve dois conjuntos de experiências neste sentido que são as Organizações Sociais, apresentadas como nova forma de prestação de serviços sociais; e a Comunidade Solidária. Essa, por sua vez, “foi lançada em 1995 com a proposta de criar novos canais de participação

¹⁹ Organizações Sociais – criadas pela Lei nº 9.637/98, para reestruturação do aparelho do Estado em todos os níveis.

²⁰ Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, instituídas pela Lei nº 9.790/99 com o objetivo de estimular parcerias com o Poder Público na execução dos serviços sociais.

e fomentar ações de combate à pobreza e de promoção do desenvolvimento social” (Oliveira *apud* AMARAL, 2003, p.41).

Nesse contexto é que as organizações sem fins lucrativos ganham espaço na cena política, passando a constituir uma alternativa de eficácia à gestão das políticas sociais. O Estado, sem eximir-se de sua responsabilidade, transfere algumas de suas competências para organizações da sociedade civil, que passam a assumir, em caráter complementar, e em parceria, ações sociais que possibilitam oferecer à população melhores condições de vida (JUNQUEIRA, 2004, p.32).

“Com a implantação desse novo modelo que procura substituir a verticalidade centralizadora das decisões pela horizontalidade descentralizadora, com a articulação institucional e a participação da comunidade representada por entidades legalmente constituídas, as decisões, coordenação e controle das ações passam a ter um caráter condizente com a realidade local” (FEIJÓ, 2003, p.74).

Convém dar relevo ao monitoramento e avaliação por parte do Estado, que transferiu suas atribuições e recursos, devendo desse modo assegurar o comprometimento com os interesses públicos e a eficiência na execução das atividades pelos parceiros da sociedade civil organizada.

Observou SERAPIONI (2005, p. 244) que “nos últimos anos, há uma clara tendência de redescoberta dos setores informais, das famílias e da comunidade como atores importantes na efetivação dessas políticas. Em outras palavras, começa-se a recuperar aqueles sujeitos (famílias, comunidades de vizinhos, voluntariado, grupos de auto-ajuda, organizações não-governamentais) que, de diferentes formas e com diferentes níveis de envolvimento, desenvolvem funções assistenciais e de cuidado”.

Importante e necessário, neste novo tipo de gestão das políticas sociais, o empoderamento da população, como meio de fortalecimento da ação coletiva, de modo a se garantir um envolvimento cidadão consciente e preparado, repartindo as parcelas de

contribuição nas decisões a respeito do funcionamento do Estado.

Ainda, a capacidade de desencadear novas políticas públicas e processos de interação e corresponsabilidade entre a sociedade civil, o Estado e as empresas privadas parece-nos uma contribuição tangível que pode ser dada pelas entidades do terceiro setor. Mais correto seria dizer que essas questões são extremamente relevantes, mas não bastam por si. É indispensável que sua existência – e o financiamento que ele acarreta para os setores público e privado justifique-se por sua capacidade em realizar e construir caminhos para o encaminhamento de problemas sociais, apoiada numa gestão profissional (AMARAL, 2003, p.52).

No Brasil, percebe-se ainda o distanciamento da população nos debates públicos. O cidadão comum em geral, não conhece o funcionamento das instituições públicas, carece de informações sobre as formas e limites da atuação dos agentes governamentais, e não raro manifesta seu despreparo em intervir, quando espera destes o que não lhes cabe atender, deixando de reivindicar o que de fato lhes é atribuído.

Dessarte, impõe-se o estudo de indicadores hábeis a apresentar as razões deste cenário, e construir ferramentas para a inserção e qualificação da participação social nas políticas públicas.

Vale manifestar a análise dos termos da comunicação, informação e participação, realizada por OLIVEIRA (2004, p. 57) onde observa que os dois primeiros constituem o horizonte da operacionalização do terceiro. “Dessa expectativa supõe que a comunicação e a informação são entendidas como variáveis que podem interferir nas relações sociais e contribuir para viabilizar os esforços de uma política para a saúde, na perspectiva da participação popular”.

Uma sociedade onde há a participação ativa dos cidadãos nos assuntos públicos, as decisões políticas tendem a reproduzir os interesses e expectativas dos diversos setores e segmentos sociais, não apenas em questões emergenciais, mas de forma mais consolidada e

contínua. Isto ocorre quando assegurada a efetividade e qualidade da participação social na definição e implementação das políticas públicas.

4.2.1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Com o novo arcabouço jurídico, as ações e serviços de saúde passam a ter como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da sociedade, exigindo portanto, mais atenção ao cotidiano e condições de vida da população, relações mais horizontais, espírito de reciprocidade, a construção de alianças entre os diversos grupos sociais e governo em todas as instâncias, e maior independência, cooperação e coordenação entre as gestões administrativas.

Neste contexto teórico, Saúde Pública pode ser percebida como uma área da Esfera Pública, portanto, um conceito político. E é entendida como o espaço interinstitucional, multidisciplinar e popular de discussão e decisão sobre a organização institucional envolvida nos processos de saúde-doença-morte da população do território político considerado. Desse modo, o conceito de Saúde Pública deixa de ser redutível a qualquer definição específica, originada dos diversos campos técnico-operacionais que a perpassam. Componente do bem-estar social a ser viabilizado pelo Estado, a saúde se torna direito de cidadania, um pressuposto da vida organizada em sociedade. E também um processo institucional crítico em dois sentidos: de permanente crítica, por envolver a “publicização” e um certo “controle” de componentes da vida íntima, emocional e familiar das pessoas; e de crise por envolver meios e recursos sociais nem sempre mobilizados de forma suficiente e adequada pelos governos (MARTINS, 1996, p.64-5).

Sob o enfoque da promoção da saúde, salienta MARCONDES (2004, p.12) que a participação social não deve ser concentrada tão somente “na fiscalização e controle social sobre as políticas”, mas, sobretudo, no “potencial para ações conjuntas com os próprios serviços de saúde que implicam tanto a aproximação entre população e serviços, bem como a mobilização e atuação social na saúde”.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 representou a confirmação do sentido abrangente da saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, renda,

meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse da terra e acesso a serviços de saúde.²¹

O Movimento pela Reforma Sanitária foi protagonista na mobilização e agrupamento de forças sociais dispersas, na harmonização e integração dos interesses a serem defendidos, o que robusteceu as propostas de mudanças na concepção do sistema de saúde do país.

De imediato, por ocasião do estabelecimento do instrumento infra-constitucional que regulamenta os preceitos constitucionais com respeito à saúde – a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) -, o projeto de lei que a gerou apresentou vetos com respeito aos canais de participação popular. A exigência de legitimidade desse processo levou a sociedade civil – com forte apoio na ocasião de diversas instituições acadêmicas e mesmo do próprio ministro – a pressionar pela promulgação da Lei 8.142/90, restabelecendo a participação da comunidade e a forma de transferência intergovernamental de recursos financeiros na área de saúde (PEDALINI, 2003, p.60-1).

Deste dispositivo legal depreende-se que a participação e controle social na saúde, se faz, de forma institucionalizada, através dos Conselhos e das Conferências. Aos primeiros, cabe a formulação de estratégias e controle operacional das políticas de saúde, nas três esferas gestoras do SUS, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, de forma autônoma e independente da respectiva instância executiva governamental.

As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos, convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente pelo Conselho de Saúde, reunindo-se representação dos vários segmentos sociais, com o intuito de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

²¹ Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986.

“O CNS²² é composto por trinta membros, entre os quais aparecem representações de ministérios, sindicais, empresariais, científicas, movimentos de moradores, médicos, profissionais de saúde, prestadores de serviço privado na área de saúde, portadores de patologias, comunidade científica indicada pelo Ministério da Saúde e mais três representantes dos Executivos da Saúde nos três níveis de governo” (COSTA, 1998, p.113). Mais adiante adverte o autor haver uma composição pulverizada e institucionalmente inespecífica, certamente em razão das idéias iniciais da Reforma Sanitária como uma inovação de política intersetorial e abrangente.

No exercício de suas atividades os conselhos de saúde detêm funções deliberativas, fiscalizatórias e consultivas, a serem realizadas de maneira tripartite, com uma composição paritária, onde 50% das vagas são ocupadas por usuários, 25% por trabalhadores da saúde, e os outros 25% por gestores e prestadores de serviço. Sua atuação depende do modo como funcionam os núcleos de poder e as interações entre seus componentes.

Trata-se de órgão cujas decisões tem força vinculante ao Executivo, já que esta decorre do direito positivo. Em caso de não atendimento infundado das proposições do Conselho, cabível a ação civil pública, que pode ser impetrada pelo Ministério Público; pela União, Estados, Distrito Federal e os Territórios, e as associações legalmente constituídas há pelo menos um ano e que incluam entre os seus fins institucionais a defesa dos interesses e direitos implicados na competência do órgão em questão.

Nestes termos, embora o chefe do poder possa vetar a proposta, isto é, não homologá-la, talvez não possa substituir-se ao Conselho na sua formulação. Neste caso, pode-se reproduzir nesta esfera setorial o mecanismo de bloqueio que existe entre Executivo e Legislativo. A saída não pode ser um impasse permanente, um poder de bloqueio recíproco sem alternativa. Seria razoável supor que o Conselho pode ter uma decisão não homologada caso haja motivo fundado: irregularidade, ilegalidade, etc (LOPES, 2000, p.30)

²² Conselho Nacional de Saúde – CNS, criado pela Lei nº 8.142 de 28.12.1990.

Vê-se dessa feita que como órgãos de exercício direto do Poder do Estado, seus membros devem obediência aos princípios informadores da Administração Pública, como legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (art. 37 da CF/88), e respondem por seus atos em consonância a Lei 8.429/92²³.

Podemos entender, hoje também, os conselhos de saúde no contexto do fenômeno político denominado *accountability*, que pode ser explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam. Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais (OLIVEIRA, 2004, p.63)

Com vistas a garantir a independência na sua gestão, os Conselhos devem dispor de instalações, trabalhadores em saúde e orçamento próprios. Outrossim, deve ser fomentado o desenvolvimento de habilidades dos conselheiros, educação permanente em saúde e capacitações, respeitando-se as idiossincrasias e culturas de cada um, mas investindo-se em um corpo de representantes comunitários qualificados e aptos a colaborar na direção de políticas de saúde mais efetivas e eficientes.

Os conselheiros devem ter formação e consciência crítica, para terem como meta o entendimento do processo onde se inserem; entenderem, por exemplo, a questão dos fundos financeiros públicos e os critérios que deveriam pautar seu uso para a eliminação da pobreza e das desigualdades sociais, para o atendimento das necessidades da população, segundo escalas de urgências e emergências. Os mecanismos de competição do mercado não irão resolver as desigualdades sociais, serão políticas públicas democráticas, não excludentes, formuladas a partir de modelos que não se alicercem no lucro, que poderão minorar os problemas sociais (GOHN, 2004, p.28-9).

²³ Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

Observa-se, ainda, que os conselhos de saúde sofrem interferências políticas, corporativistas e clientelistas, mas também que vêm representando uma porta aberta à democratização dos serviços de saúde. São essenciais, contudo, só realizam um papel democrático efetivo se houver instâncias de articulação capazes de propor medidas universais e igualitárias, inclusivas e não exclusivas das massas marginalizadas economicamente ou das minorias oprimidas social e culturalmente.

Para que a sociedade participe do processo decisório, a questão da comunicação social dentro dos Conselhos precisa ser revista, pois é fundamental que se dê mais publicidade aos trabalhos desenvolvidos. Normalmente os representantes não relatam aos seus representados as decisões adotadas e atividades desenvolvidas no Conselho. Esse fator, aliado à publicidade ineficiente tanto por parte do conselho como das entidades representadas, dificulta o envolvimento da sociedade e o exercício de outros instrumentos de pressão (PHILIPPI JR, CASTRO, SALLES, GEISER, 2000, p.321).

Como esclarece BYDŁOWSKI, WESTPHAL e PEREIRA (2004, p.17-8) “as estratégias propostas pela Promoção da Saúde apóiam-se na democratização das informações e um trabalho conjunto de toda sociedade”, envolvendo “a descentralização do poder, ações multidisciplinares e intersetoriais, além da participação da população não só na elaboração de políticas públicas favoráveis como nos processos de decisão”. Citando Wallerstein, os mencionados autores fundamentam esta, “no exercício da cidadania tendo, como elemento essencial o empoderamento da população: um processo de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria de suas condições de vida e saúde” (Wallerstein *apud* BYDŁOWSKI, WESTPHAL e PEREIRA, 2004, p. 18).

Para maior esclarecimento quanto aos sujeitos ativos e passivos do *empowerment*, citamos Restrepo *apud* STOTZ e ARAÚJO (2004, p.13-4):

A quem se empodera? Aos grupos excluídos socialmente e os excluídos não são somente os pobres, ainda que são sempre um grupo prioritário, também são excluídos todos aqueles que por diversas causas (gênero, etnia, incapacidade, idade, etc.) são cidadãos esquecidos, sem nenhum poder para participar e decidir. Outros grupos a quem se deve empoderar são os trabalhadores da saúde, para

que assim, possam atuar melhor PS [Promoção da Saúde], os líderes políticos, religiosos e comunitários no intuito de desempenharem melhor seu papel ... no melhoramento das condições de vida da população mais marginalizada (...)

Por quem se empodera? Por funcionários de diferentes setores do governo, por líderes, por trabalhadores da saúde pública, enfim por todos aqueles que possam criar espaços para uma maior participação e crescimento dos grupos e das pessoas.

“A participação se torna um meio fundamental de institucionalizar relações mais diretas e flexíveis e transparentes que reconheçam os direitos dos cidadãos; assim como de reforçar laços de solidariedade num contexto de pressão social e polarização política na direção de uma cidadania ativa que disponha dos instrumentos para o questionamento permanente da ordem estabelecida” (JACOBI, 1999, p.38).

4.2.2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SETOR SAÚDE EM POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Como nota PIGNATTI (1988, p.157), “aliada à incorporação pela ciência, a penetração no tecido social de valores ecologistas, trouxe para a atualidade uma institucionalização da questão, tanto pelo Estado, como por setores da sociedade civil”.

Pelo aparato legal em vigor, cabe à direção nacional do SUS, consoante reza o artigo 16 da Lei Orgânica da Saúde: participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico, e relativas às condições e aos ambientes de trabalho (inciso II); participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana (inciso IV); assim como, participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador (inciso V).

Para tanto, determina o estatuto da saúde supracitado, a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, integradas pelos Ministérios, órgãos competentes e entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS (art.12). Tais comissões foram criadas vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Neste escopo, está a Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA do Conselho Nacional de Saúde, integrada por representantes do Ministério da Saúde²⁴, Ministério do Meio Ambiente, Ministério das Cidades, Associação Nacional de Serviços Municipais de Saneamento – ASSEMAE, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, Associação de Empresas de Saneamento Básico Estaduais – AESBE, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental – ABES, Federação Nacional de Urbanitários – FNU/CUT, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO e representantes da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM.

No nível central, a CISAMA é a Comissão no âmbito do Conselho Nacional de Saúde que atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas que perpassam a questão da saúde e ambiente. Tem caráter consultivo, com função de assessoramento do CNS. Atualmente, um dos principais pontos de pauta da Comissão é a discussão da Política Nacional de Saúde Ambiental.

A CISAMA foi instituída em 1992, permanecendo em funcionamento até 1995. Foi reinstalada em 1999, sendo reunida a partir de 2004 bimestralmente, com previsão de

²⁴ Representado pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM.

encontros trimestrais para 2006. A estratégia de atuação então, está focada em: reuniões periódicas, oficinas de trabalho e seminários; participação em fóruns e conferências dos eixos temáticos de atuação; elaboração de documentos, informativos e textos técnicos; elaboração de recomendações, moções e resoluções para deliberação do Plenário do CNS; e participação política na articulação do CNS com outros atores relacionados aos temas de interesse da CISAMA.

Tem esta como ações previstas o compromisso com a construção de uma agenda nacional de saúde ambiental; a construção intersetorial de indicadores de avaliação e de impacto de políticas públicas para a sustentabilidade do desenvolvimento social; o debate sobre o descontingenciamento de recursos para políticas sociais/urbanas; a viabilização de um grande fórum nacional que discuta a questão da promoção da saúde (com ênfase na saúde ambiental e no saneamento); a parceria com a academia para realização de um levantamento sobre os acordos e protocolos que o Brasil assinou, destacando quais realmente foram implantados e avaliação do cumprimento dos acordos; promoção da transversalidade da questão ambiental nas políticas e programas do SUS, e a lógica da promoção da saúde, tendo como referência as ações do PSF; a avaliação sistemática do Termo de Cooperação Técnica firmado entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Meio Ambiente; a articulação dos temas saneamento e saúde ambiental entre os eixos da 13ª Conferência Nacional de Saúde; a participação e/ou acompanhamento das discussão e Implementação do Plano Nacional de Saúde, do NAID/PSAL e outros planos regionais em formação; o acompanhamento do desenvolvimento da política de saúde rural.²⁵

Embora ainda incipiente, os trabalhos da Comissão dão um traço de que pode ser um instrumento hábil a fortalecer, aprofundar e ampliar os debates a respeito da construção de

²⁵ Documento de Planejamento da CISAMA para 2006, discutido e aprovado na reunião ordinária do dia 21.02.2006.

uma Política de Saúde Ambiental. Porém, caminhando ao encalce do cumprimento da ousada agenda de compromissos da Comissão, não se pode olvidar o papel fundamental do Conselho Nacional de Saúde enquanto catalizador, estimulador, orientador e descentralizador das discussões de saúde e ambiente, trazendo ao cerne das questões às reais necessidades e condições de vida da população, os problemas ambientais com repercussão na saúde experimentados e novas e exitosas formas de solucionar desenvolvidas em parceria com a coletividade.

Importante também, desenvolver canais que possibilitem a harmonização e complementaridade das atuações com outros conselhos, como o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA, no sentido de antecipar conflitos, evitar políticas contraditórias e superpostas, garantir mais eficiência à atuação governamental e dar mais publicidade às informações e dados relevantes sobre saúde e ambiente.

4.2.3. DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE AMBIENTAL

“As políticas que promovem a participação social em saúde evoluíram ao longo do tempo de acordo com as próprias evoluções experimentadas nas concepções da saúde, os seus determinantes e o sistema de saúde. Embora tenham sido registradas experiências isoladas de participação da população em diversos projetos e programas de saúde pública desde finais do século 19, a participação comunitária aparece como questão central nas políticas de saúde desde os anos 70” (VÁSQUEZ et al, 2005, p.142).

“É extensa a bibliografia sobre a emergência dos chamados “novos movimentos sociais”, destacando, nas sociedades do centro, a entrada na arena político-institucional de novos atores, portadores de demandas inéditas, sobretudo as ligadas a conteúdos pós-materiais, como gênero, qualidade de vida e meio ambiente ecologicamente equilibrado, e, nas sociedades periféricas, o baralhamento das reivindicações individuais e sociais com as pós-materiais, num contexto de redemocratização e grandes disparidades sociais, econômicas e culturais” (MINHOTO, MARTINS,

2001, p.87-88).

“A participação da população, a sociedade organizada ela sempre tem vontade, né? Ela cresceu demais, os problemas brasileiros fez com que a movimentação da sociedade ganhasse pulso” (Entrevistado 5).

“É um processo ainda em evolução no país, mas muito aquém do que a gente precisa” (Entrevistado 4).

“Nós do Terceiro Setor sempre buscamos correlatar as coisas e também trocar experiências (...). Há diferenças de opiniões mas não há assim um distanciamento de responsabilidade, ou seja, você sabe que para a questão de saúde ambiental você está bem localizado e sabe o que fazer daqui para frente. Você tem um objetivo. Isso não acontece como cidadão comum, o cidadão comum, ele entende a linguagem da estupidez, ou seja, ele só vai procurar o médico quando fica doente, ele só entra numa situação de alarme quando é estritamente necessário, porquê, porque isso é uma questão cultural. A sociedade tem esse desvio de caráter, a gente precisa descobrir aonde é que está havendo esse desvio de caráter, ou seja, esta formando esse caráter de não se preocupar com nada, não se indignar com nada, não se sensibilizar com absolutamente nada. Isso é o maior problema que eu enxergo na conscientização do indivíduo para essas questões emergentes. (...) quem forma o caráter deles, não sei, talvez seja os meios de comunicação (...) quando você trabalha com pessoas que são educadas nesse perfil fica muito difícil de você ter uma linha de ação que possibilite um resultado esperado, e essas soluções vão sendo empurradas para o futuro, mas eu acho que dá sim pra se elaborar alguma coisa e trabalhar com essas pessoas também, com boa vontade” (Entrevistado 5).

Conforme lembra REIGOTA (2005, p. 5), atualmente, diversos pesquisadores têm se dedicado à problemática da cidadania. Salienta que a Pesquisa FAPESP de fevereiro de 2006 chama atenção ao tema por meio da matéria *Pacato cidadão*, de Carlos Haag, conforme segue.

O jornalista destaca, entre outras, a pesquisa “Cidadania, participação e instituições políticas: o que pensa o brasileiro?” realizada pelo Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas que “mostra como o brasileiro ainda se conforma com a tese de que o Brasil é, e sempre será, um eterno “mar de lama”, contra o qual pouco se pode fazer. Para 79% dos entrevistados, a corrupção é a marca do serviço público (Haag *apue* REIGOTA, 2005). O autor fornece dados de outros estudos e questiona: “Que cidadãos somos nós, tão ágeis em identificar as deficiências institucionais e tão lentos em mudar esse estado de coisas? Somos, efetivamente, pacatos cidadãos ou será que nos fizeram acreditar nisso? (REIGOTA, 2005, p. 5).

Por meio de um estudo realizado em dois municípios de Pernambuco, VÁSQUEZ *et al* (2005), demonstraram o quão escassa era a informação da população quanto aos

mecanismos institucionais de participação social em saúde, a exemplo os conselhos e conferências de saúde, que são os principais pois estabelecidos com caráter de obrigatoriedade no marco legal federal. Os resultados evidenciam que o desafio continua sendo em melhorar a forma de praticar as conquistas estabelecidas no plano legal.

“Por um lado, este resultado indica uma difusão limitada das informações sobre a atuação dos CMS e conferências. Por outro lado, leva a questionar o papel dos conselheiros comunitários e dos participantes das conferências, quanto a sua capacidade de recolher e expressar os interesses da sociedade que representam” (VÁSQUEZ et al, 2005, p.152).

“Tem entidades que fazem, tem outras que não. Eu acho que a que faz ganha mais representatividade do que a que não faz. O conselheiro de um segmento, de uma entidade que faz esse debate e depois volta com debate para sua base (...), ganha mais prestígio, mais força na hora de representar aqui. Agora aquele conselheiro que vem, se apropria das informações, do debate e não coletiviza com ninguém ele está ficando muito inteligente no assunto, muito esperto, sabendo demais, pode contribuir demais no assunto. Agora ele não está representando aquela base social, que na verdade não está nem sabendo do que está acontecendo. Então, ele representa quem mesmo, ele? a vontade dele? Isso pode dar certo muitos anos, mas mais na frente ele pode não representar essa base social mais. Então eu acho que essa é uma preocupação. Na minha opinião a palavra representatividade tem que tá ligado ao nível de relacionamento que você tem com a sua base de representação, mesmo que individualmente você possa estar com uma compreensão mais evoluída e essa base não. Então você tem que ter paciência e ajudar essa base a elevar o nível de compreensão. Temos feito isso através de atividades na CONAM, como oficinas, debates, seminários o que tem feito que nossa direção nacional vá adquirir coletivamente conhecimento sobre determinados temas e quando possível, quando as condições permitem a gente vai descendo para as federações estaduais, ou seja, hoje o debate que existe na CONAM é em torno do projeto de lei sobre saneamento (...), sobre a participação nos Conselhos das Cidades, sobre moradia, sobre essa questão da inter-relação entre saúde e saneamento, isso tem sido uma coisa disseminada pelo Brasil afora. Então a gente pode dizer o seguinte, nosso time está preparado, então na ausência do presidente, ou na ausência qualquer outro da executiva, da diretoria, você tem membros espalhados pelos estados afora que sabem fazer esse debate, seja no âmbito estadual ou nacional. Aí sim você pode dizer que está representando um segmento, e passa a ser mais respeitado fora e dentro do seu segmento porque você não está representando alguma coisa da sua cabeça. Agora da mais trabalho, isso é verdade, isso requer mais paciência. Agora para médio e longo prazo eu só acredito nessa possibilidade porque se a curto prazo não dá porque você tem que ter mais paciência e tempo, mais a médio prazo é só assim que funciona, não existe outra saída” (Entrevistado 4).

Diversos autores questionam a forma como a participação social é promovida

pelas instituições e conselhos, em seus aspectos político, cultural e econômico. Os canais de representação social são sub-utilizados. As discussões colocadas em pauta, ao que me parece, não são plenamente amadurecidas. A validação pelo conselho de documentos e políticas nem sempre se constitui em um resultado de um trabalho verdadeiramente debatido tanto no próprio fórum participativo, quanto nas entidades que ali estão representadas.

O papel e o alcance da atuação dos conselheiros ainda não está muito bem compreendido. Apesar da notória boa vontade e interesse dos representantes da sociedade, a expressão dos anseios populares muito pouco se incorpora nas decisões estatais. Isso gera, por óbvio um descrédito grande quanto à importância destes espaços democráticos. Vale dizer ainda que, as questões colocadas de forma muito técnica e complexa, não são sempre assimiladas e muitas vezes inibe uma possível e rica troca de saberes.

“Hoje eu entendo que o meu papel aqui é apreciar os problemas que me trazem, tomar conhecimento dos problemas, quem traz mais os problemas é a sociedade civil. Tomar conhecimento dos programas a nível governamental, a nível ministerial.. É um leva e traz. O papel do conselheiro é esse mesmo. Leva, traz, discute e ajuda a deliberar ou encaminhar alguma coisa. (...) Eu acho um mecanismo de intercâmbio muito bom para todos os tipos de ação: encaminhamentos, deliberação, divulgação” (Entrevistado 5).

“Os modelos de campanhas nacionais que tem, tudo bem, usa os veículos, à mídia, principalmente a mídia televisiva, ela tem um impacto imediato, mas como a saúde ambiental trata-se de um assunto de até uma complexidade bem elevada, você não consegue fazer uma abordagem em 1 ou 2 minutos que seja. Isso aí teria de ser fruto de um programa, que você vai inserindo paulatinamente. Você tem que estudar a linguagem mais fácil, que você possa atingir certas camadas. Por exemplo, uma camada que tem um grau de informação razoável você não vai usar a mesma linguagem de uma camada que o entendimento deles é um pouco dificultado. Isso são metodologias a serem estudadas e desenvolvidas” (Entrevistada 5).

“Além de qualificar a atuação em conselhos ou espaços como este, nós não podemos perder o pé da mobilização social (...). Não é somente espaço de enfrentamento. Acho que num conselho existem atores ou agentes sociais que não necessariamente vão chegar a um acordo (...) a forma de pactuar ou vencer determinadas barreiras é com a pressão social. (...) eu acho que participar dentro de um conselho é espaço para você aprender muito, para você buscar pactuar, para você apresentar propostas (...) essa pactuação depende muito da mobilização na rua e da pressão que a sociedade pode fazer na rua” (Entrevistado 4).

“Eu acredito que o governo tem que começar a dar uma resposta mais positiva pra sociedade (...) aceitar, respeitar as diretrizes que a gente possa estar determinando dentro da política. (...) Não adianta nós termos um trabalho todo da sociedade, dos órgãos ministeriais e no final, quando isso

bater no executivo, você ter uma restrição, isso pode, isso não vai poder, esse pode, então se você passar por essa peneira toda, é a mesma coisa, eu dou espaço para a pessoa falar e não dou ouvido para o que ela está falando” (Entrevistado 5).

No plano da saúde ambiental, destaca-se a importância da Comissão de Saneamento e Meio Ambiente do Conselho Nacional de Saúde para consolidação do debate em saúde ambiental e para garantia da construção coletiva de uma política nacional.

“A CISAMA é uma comissão – Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente -, em que ela é um órgão auxiliar do Conselho Nacional de Saúde. (...) é representação, não é a máxima porque a máxima na minha opinião é a conferência, mas o Conselho é uma das mais elevadas no nível de representação da sociedade civil no controle social da saúde. (...) tem o papel de aprofundar alguns desses debates, aprofundar alguns desses temas e com isso subsidiar o Conselho em suas deliberações, em suas resoluções (...). A CISAMA pode, deve e está auxiliando nesse debate, tanto fora como dentro do próprio conselho” (Entrevistado 4).

“Seria um lugar onde se podia começar essa questão da intersectorialidade entre essas áreas: saúde, saneamento e meio ambiente” (Entrevistada 6).

“A CISAMA ela tinha uma pauta absolutamente da engenharia de saúde pública, do saneamento de saúde (...) de repente chega a gente com essa questão nova etc e tal e tentando penetrar por ali. Tiveram vários momentos de tentativas e aproximações (...). Quando a CISAMA sofre a reestrutura atual e entra o Wander, a gente consegue ter alguma sinalização de que era possível alguma conversa, ser aceita. E começamos a tentar entrar por ali. E de fato houve um comportamento diferenciado, de mais abertura” (Entrevistado 1).

“A CISAMA poderia estar discutindo um procedimento de modo que minimizasse esses conflitos. Por exemplo, se você quer discutir uma norma de poluição do ar no que tange a saúde humana, o setor saúde poderia encaminhar, discute na CISAMA e vai pro Conselho. Uma vez aprovado, vai para o CONAMA. Já já se passou por um colégio ... , já teve discussão técnica” (Entrevistada 3).

Quanto à viabilidade de se realizar uma conferência interministerial de saúde ambiental com ênfase na discussão de uma política nacional para o setor, os entrevistados mostraram, em sua maioria, acreditar nessa possibilidade, considerando-se alguns aspectos relacionados ao modo e tempo do desenvolvimento da proposta.

“Pra mim não é interministerial, seria uma conferência de saúde ambiental convocada pelo Ministério da Saúde, pelo setor saúde, Conselho Nacional de Saúde, onde você estaria convidando a participação de todos os outros órgãos” (Entrevistada 3).

“Eu acho que os ministérios que deveriam estar presente na convocatória seriam quatro: meio ambiente, cidades, saúde e trabalho. Sendo que obrigatoriamente alguns outros ministérios teriam que estar presentes no processo” (Entrevistado 1).

“Ou a gente coloca num cenário nacional, numa conferência nacional de saúde ambiental ou então a política não vai estar representando o que a área de saúde ambiental no país desenvolve em termos de estudos, de pesquisas e de ação” (Entrevistada 3).

“Eu acho que médio prazo sim, a curto prazo acho que não tem essa viabilidade, tendo em vista que o calendário político, o calendário mesmo de conferências já realizadas pelo Ministério da Saúde no último período e a importância que vai ter no ano que vem a Conferência Nacional de Saúde. Acho que o Ministério, em especial o Conselho Nacional de Saúde, não teria como priorizar outra coisa, senão a 13ª Conferência Nacional de Saúde” (Entrevistado 4).

“Eu acho que é perfeitamente factível, eu só acho isso, que nós temos que cuidar de criar muito bem montado os bastidores disso, aproximar o nosso movimento das teses das conferências, das resoluções (...), construir pontes e tal, aí sai” (Entrevistado 1).

“Eu acho que antes disso teria de acontecer eventos menores, mais dispersos. Porque se você não tiver a participação da sociedade civil nesse evento aí, o ministério que estiver programando esse evento vai passar mals bocados, porque os lobistas eles virão com toda força, pra tentar barrar tudo, eles vão tentar fazer o mesmo que estão fazendo com a política de saneamento” (Entrevistado 5).

Resta claro portanto, que não obstante as iniciativas e estímulos para se garantir e ampliar presença da sociedade nas discussões sobre saúde ambiental, logrou-se construir apenas um embrião deste corpo coletivo, através dos debates realizados no âmbito da CISAMA, e principalmente do envolvimento de trabalhadores, organizações do terceiro setor, representantes do governo e acadêmicos nos seminários e oficinas realizadas pelo Ministério da Saúde.

Ademais, a própria lógica da política requer um aparato estatal apropriado e portanto, mais próximo aos interesses da população. Nesse sentido, INOJOSA afirma que “a estrutura governamental modelada segundo a lógica intersectorial se apresenta como mais permeável à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação, já que suas necessidades e demandas podem ser expressas tal como existem no mundo real, intrinsecamente interligadas” (1998, p. 44).

“Eu acho, sempre se buscou a participação social nessa área de saúde ambiental, principalmente na constituição da política, sempre se buscou representação da sociedade. Mas essa também sempre foi uma dificuldade, pra gente identificar quem são os atores e quem são os atores que querem participar ou que colocam isso como sua prioridade” (Entrevistada 3).

“Vamos lembrar, há um tempo atrás tinha divergências talvez em conceitos, em propostas de como fazer. Quando eu comecei a participar desse debate de forma mais organizada na CISAMA eu constatei isso. Mas hoje eu constato que não, que existe consenso entre os vários atores e segmentos que aqui tão dentro dessa política, que foi construída junto, que houve alterações, adequações, aprimoramentos que contribuíram nesse sentido” (Entrevistado 4).

“Eu não acho que seja possível fazer uma política, por exemplo de saúde ambiental, sem ter todos os atores da sociedade civil, os empresários, os trabalhadores, o terceiro setor, os agentes do Estado que trabalham com isso, a academia. Eu acho que esses atores são fundamentais pra isso (...) tem que ter uma discussão grande por exemplo dentro do Ministério da Saúde porque isso envolve várias áreas do Ministério, não só a área da vigilância, mas outras também que são obrigadas a trabalhar e que inclusive vão ter que se mudar muito para dar conta das questões de saúde que são relacionadas com ambiente (...) tem que ter um acerto entre o ambiente e saúde, o ambiente é um protagonista importante” (Entrevistada 2).

4.3. ASPECTOS JURÍDICOS DA INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO BRASIL

4.3.1. DOS DIREITOS SOCIAIS

A Carta Maior de 1988 principia asseverando que o Estado democrático de direito se fundamenta na soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, no qual vige de forma independente e harmônica os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, e que tem como finalidade a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a garantia do desenvolvimento nacional; a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

“Tão logo a Constituição foi promulgada, vários segmentos da sociedade passaram a declarar a sua inviabilidade prática. A Carta configurava o terreno para um Estado de bem-estar já em questionamento nos países democráticos centrais. O argumento mais usado foi e continua sendo a impossibilidade de financiar todos os bens e serviços garantidos como direitos universais” (INOJOSA, 1998, p.40).

Dentre seus vários aspectos inovadores, foi reservado dentro do Título II – Dos direitos e garantias fundamentais, um capítulo próprio aos *direitos sociais*, em cujo bojo encontram-se a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Percebe-se pois, que a Constituição Federal recepciona os direitos sociais na categoria de direitos fundamentais do ser humano.

Dessa forma, podemos conceituar direitos fundamentais, de forma bastante simplificada, como prerrogativas reconhecidas aos indivíduos, indispensáveis a uma vida digna e satisfatória, isto é, são direitos que objetivam garantir pressupostos elementares para uma vida com liberdade e dignidade humana, geralmente inseridos no texto constitucional, apesar de podermos encontra-los em nível infraconstitucional, v. g., nos tratados internacionais assinados pelos países signatários, que, após o devido processo legislativo de integração ao ordenamento jurídico pátrio, ocuparão a posição de legislação infraconstitucional (FEIJÓ, 2003, p.66).

Percebeu-se o destacamento espacial em relação ao Título VIII - Da Ordem Social, não deixando obviamente de integrar sua essência, considerando ter esta como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social. Integram sua composição capítulos referente à seguridade social, que compreende a saúde, assistência e previdência sociais; à educação, cultura e desporto; à ciência e tecnologia; à comunicação social; ao meio ambiente; à família, criança, adolescente e idoso; e aos índios.

Na realidade, a expressão “Estado de Direito Social e Democrático” designa três fases do Estado de Direito, que não se desenvolveram de modo que uma substituísse a outra, mas de modo que em cada qual se acrescentasse um elemento novo: o Estado de Direito, em sua fase inicial, protegia os

direitos individuais e a liberdade de iniciativa, pregando a separação entre Estado e sociedade; o Estado Social, sem deixar de lado os direitos individuais, acrescenta os direitos sociais (que exigem a atuação do Estado) e a preocupação com os interesses públicos, cuja tutela já se reconhece caber conjuntamente ao Estado e à sociedade; o Estado Democrático trouxe a idéia de participação do cidadão na Administração Pública, combatendo a separação entre Estado e sociedade e pregando a adoção de uma Administração menos autoritária, menos centralista, menos hierarquizada, mais próxima do cidadão. (DI PIETRO, 2000, p.38-9)

“O Direito, que sempre se faz permear pelos movimentos sociais de cada período histórico, não ficou imune à Revolução Industrial do século XIX e, assim, as Constituições passaram a incorporar não só os direitos e as garantias individuais, mas também os direitos sociais” (FRISCHEISEN, 2000, p.23). Cita a autora em nota o jurista Celso Antônio Bandeira de Mello²⁶ que assim definiu “a consagração dos direitos individuais corresponde ao soerguimento de uma paliçada defensiva do indivíduo perante o Estado. A consagração dos direitos sociais retrata a ereção de barreiras defensivas do indivíduo perante a dominação econômica de outros indivíduos” (p.30).

“Os direitos sociais caracterizam-se por terem como objeto prestações materiais, isto é, exigem que o Estado aja garantindo serviços ou atividades, para melhorar as condições de vida e o desenvolvimento da população, tentando atenuar desigualdades e moldar o país para um futuro melhor. O que se quer é um Estado ativo, interventor, implementador e transformador” (CARVALHO, 2003, p.19).

Entende NOGUEIRA (2002, p.18-22) que os direitos sociais encontram-se em estado de dificuldades e restrições, que o autor justifica pela crise do Estado; pela predominância de uma mentalidade de mercado; pela crise da idéia de cidadão, consequência da pouca perspectiva coletiva e muito individualismo; pela colisão entre o social e o institucional; pela visão reducionista da reforma do Estado, adstrita ao plano técnico-

²⁶ Eficácia das Normas Constitucionais sobre Justiça Social. *Revista de Direito Público* nº 57/58, 1983.

administrativo e fiscal-financeiro e pelo sofrimento organizacional generalizado.

Para BOBBIO (1992) deve-se recordar que o mais forte argumento adotado pelos reacionários de todos os países contra os direitos do homem, particularmente contra os direitos sociais, não é a sua falta de fundamento, mas a sua inexecutabilidade. Quando se trata de enuncia-los, o acordo é obtido com relativa facilidade, independentemente do maior ou menor poder de convicção de seu fundamento absoluto; quando se trata de passar à ação, ainda que o fundamento seja inquestionável, começam as reservas e as oposições.

A Ordem Social Constitucional, que tem por base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais²⁷, se concretiza por meio da formulação e implementação de políticas públicas, pensadas em co-responsabilidade entre governo e sociedade civil, para consolidação da cidadania e construção da igualdade.

Neste sentido, a legislação infraconstitucional vem sendo formada em torno do norteamento dos constituintes. Diretrizes e princípios orientam as formas de intervenção do Estado, seja como fiscalizador, regulador ou provedor dos serviços. A exemplo disso, cita-se as políticas na Seguridade Social, constituída pela Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), Previdência Social (Leis nº 8.212/90 e 8.213/90) e Assistência Social (Leis nº 8.743/93 e 8.909/94); Educação (Leis nº 9.394/96 e 9.424/96); Cultura (Lei nº 8.313/91); Desporto (Lei nº 9.615/98); Ciência e Tecnologia (Lei nº 9.257/96); Comunicação Social (Leis nº 9.472/97 e 9.612/98); Meio Ambiente (Leis nº 6.938/81 e 9.605/98); Família, Criança, Adolescente e Idoso (Leis nº 8.069/90 e 8.842/94); Índio (Lei nº 6.001/73). Observa-se que a Política Nacional de Meio Ambiente, em vigor, antecedeu a publicação da Constituição Federal de 1988, assim como o Estatuto do Índio.

²⁷ Art. 193 da Constituição Federal da República de 1988.

“A ordem social constitucional estabelece obrigações para o Estado, mas também para toda a coletividade. Orienta a administração na implementação das políticas públicas necessárias ao efetivo exercício dos direitos sociais, fixando pontos que não podem ser descumpridos e tampouco modificados, sob pena de inconstitucionalidade ou ilegalidade, resguardando o cidadão, oferecendo-lhe garantia quanto à omissão do Estado (FRISCHEISEN, 2000, p.36-7).

É incontestável a importância da atuação do Ministério Público na defesa dos direitos e interesses sociais, dentre os quais destacamos o direito à saúde, especialmente quando as atribuições fixadas pelo documento constitucional de 1988 elevaram a instituição ministerial à condição de defensora da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, ampliando seu âmbito de atuação, abrangendo atualmente áreas de relevância social, tais como a proteção do meio ambiente, os direitos constitucionais relativos à cidadania, o controle da Administração Pública, a defesa das pessoas portadoras de deficiência, dos idosos, do consumidor, o parcelamento e o uso do solo, os conflitos fundiários, a saúde pública (FEIJÓ, 2003, p.75-6).

São classificadas como programáticas as normas relativas aos direitos sociais, uma vez que tratam de planejamento, princípios e linhas de atuação do Estado na gestão dos serviços públicos nas matérias pertinentes. Todavia, isto não deve justificar omissão ou descaso por parte do governo. Nesse sentido, já se pronunciou o Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário 271.286-RS, através do ministro Celso de Mello:

O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem, por destinatário, todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

Os direitos sociais tal como os fundamentais individuais são regras ensejadoras de aplicabilidade imediata, até onde as instituições ofereçam condições para o seu atendimento,

como defende SILVA (1995, p.165). Conforme expresso no art. 5, § 1º da CF/88, as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicabilidade imediata. Sua tutela é obrigação indeclinável do Estado. Entende o constitucionalista, ainda, que tais direitos são emanados de normas de eficácia limitada, pois versam sobre matéria eminentemente ético-social, constituindo verdadeiramente programas de ação social. Apesar disso, têm-se que a ausência de complementação por parte do legislador não deve ensejar o não exercício dos ditames da Carta Magna.

Mais adiante, no mesmo pronunciamento do STF²⁸ está destacado que “com o reconhecimento normativo, doutrinário e jurisprudencial de que a saúde é *direito fundamental do homem*, tem-se que as normas constitucionais referentes à saúde são normas de *aplicabilidade imediata* e de *eficácia plena*, caráter este reconhecido pelo órgão máximo do Poder Judiciário brasileiro – o Supremo Tribunal Federal (STF) –, a quem cabe a guarda precípua da Constituição”.

Como se nota, o conjunto de ações levadas a cabo pelo Poder Público com vistas a efetivação e eficácia dos direitos sociais, constitui as políticas públicas, os instrumentos de operacionalização dos anseios da ordem social estabelecida.

A relação entre o direito e a avaliação de políticas públicas surge hoje fundamentalmente protagonizada pelo conceito de avaliação legislativa. Dois movimentos de idéias confluíram na definição deste conceito: por um lado, a tomada de consciências (sic) das disfunções legislativas, ligada à crise da concepção tradicional da lei como encarnação da Razão, traduzida nas idéias de estabilidade e generalidade; e, por outro lado, a integração da lei na reflexão sobre políticas públicas, vista aquela como instrumento privilegiado para a realização destas num Estado de Direito (GOMES, 1998, p.200).

GOMES cita Freibert (1998, p.200) para dizer que com o advento do Estado

²⁸ Pronunciamento do Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário 271.286-RS.

Providência, a lei “transforma-se, progressivamente, num instrumento de intervenção activa, (sic) moldada em função de objectivos (sic) bem determinados e orientada para o desenvolvimento e melhoramento da sociedade”. Completa aquele autor que, “mais do que enquadrar comportamentos, importa produzir determinados efeitos econômicos e sociais.”

4.3.2. FUNDAMENTOS DO DIREITO À SAÚDE

Os direitos individuais assim como os direitos sociais, refletem conquistas importantes do movimento democrático e das lutas sociais dos séculos XVIII a XX. A Constituição Federal de 1988 recepcionou o direito à saúde constante da Declaração da Organização das Nações Unidas, estabelecendo sua regulamentação. Formaliza no ordenamento jurídico brasileiro sua definição como um direito social.

Os direitos sociais, que englobam o direito à saúde, são decorrentes das conquistas dos direitos civis, no século XVIII, e políticos, no século XIX. Originalmente os direitos foram ‘permitidos’ com o objetivo de manter a mesma estrutura social, isto é, a desigualdade social se mantinha mas a igualdade dos direitos era reconhecida, embora não exercida. Isto tinha o objetivo de reduzir coercitivamente os conflitos sociais entre grupos com interesses contrários. Este processo, no entanto, foi fundamental para que os direitos sociais fossem garantidos num patamar mínimo (estado de bem estar), o que permitiu a incorporação dos mesmos ao estado de cidadania, como fruto da luta contra a desigualdade, travada por grupos organizados da sociedade, o que caracteriza uma relação dialética instituinte/instituído (coersão/consenso) na medida em que o processo de conquista é dinâmico e contínuo (Moura e Teixeira *apud* MOURA, 1996, p.102-3).

Na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, a saúde é definida como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Para Sobrinho *apud* LUCATELLI (2003, p.120) “essa definição integra um conceito positivo e outro negativo: o primeiro trata da promoção do bem-estar e o segundo, da ausência de enfermidade”. Observa-se, portanto, o resgate do tradicional entendimento da importância

do equilíbrio interno do homem e do ambiente em que vive, como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Após a II Guerra Mundial, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁹, deu-se o reconhecimento da saúde como um direito fundamental de todo ser humano: “Art. XXV. Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”.

Entre nós, os diplomas constitucionais produzidos anteriormente à 1988 não se preocuparam em tratar da saúde como direito fundamental do homem, mesmo sendo signatários da Declaração supracitada.

Vale mencionar os destaques de Moraes et al. (2001, p.627-9) que lembram, a este respeito, de um primeiro resquício timidamente encontrado na Constituição de 1934³⁰. Acrescentam que a Carta outorgada de 1937 silenciou sobre o tema, e a Constituição de 1967 trouxe como única referência a esse direito, o disposto no inciso XIV de seu art. 8º, onde se delegava à União a competência de estabelecer planos nacionais de educação e saúde.

À este respeito, expressa DALLARI (1995) que “o reconhecimento da saúde como um direito fundamental da pessoa humana introduziu uma temática nova no direito brasileiro,

²⁹ Declaração dos Direitos Humanos – Organização das Nações Unidas, 1948.

²⁹ Art. 138. Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: (...) f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

tanto pela necessidade de se estabelecer o conteúdo desse direito quanto pela exigência óbvia de se fixar a responsabilidade por sua efetivação”.

O conceito de saúde tal como adotado pela OMS se mostra de difícil operacionalização. De fato, a expressão “bem-estar” pode apresentar diversos significados dependendo da sociedade, tempo e local examinados. A saúde se estabelece quando o indivíduo, considerando seu ambiente interno e as interações com o externo, se sente bem, satisfeito e disposto. É uma experiência intuitiva com suas peculiaridades à cada diferente universo cultural, e reflete distintos recortes da complexa teia de fenômenos vinculados à vida humana.

Não parece possível, portanto, definir saúde em termos absolutos e somente objetivos, muito menos pensar que saúde é a simples ausência de doença. Saúde e doença são fenômenos do processo da vida, e por isso um processo que varia sempre segundo os tempos, os ambientes e as circunstâncias ecológicas. Na medida em que estes conceitos são muito variáveis são, por isso mesmo, dinâmicos, históricos e se transformam de acordo com a época, mais exatamente com as condições de vida das populações e culturas de cada época (IANNI, 2000, p.104).

Sob uma análise sistêmica, a saúde deve ser compreendida de forma integrada com o ambiente e com os outros sistemas sociais. Diante da complexidade e dinâmica das realidades vividas, iminente se faz a assunção do risco sanitário para a tomada de decisões nesta seara. É, portanto, a saúde, um processo aberto em construção. Nele devem ser considerados os aspectos da promoção, proteção e recuperação da “vida” das pessoas.

Como campo sugestivamente aberto de interpretações, a saúde é percebida de formas diferentes por diferentes autores. Para SCHWARTZ (2001, p. 32), “a saúde, para efeitos de aplicação do art. 196, da CF/88, pode ser conceituada como um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição da realidade de cada indivíduo e

pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar”.

O direito à saúde abrange também “direito ao consumo de bens e serviços de qualidade e proteção do consumidor por sua vulnerabilidade no mercado de consumo (Alvim et al. *apud* DALLARI, 1995), direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, a proteção contra a propaganda abusiva, a proteção de direitos específicos como de crianças, adolescentes e até o direito de um povo ao desenvolvimento” (DALLARI, 1995).

Conforme expresso na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro está classificado como República Federativa, o que caracteriza a existência da soberania da União e da autonomia das entidades federadas, quais sejam os Estados, os Municípios e o Distrito Federal. Assim, a cada um cabe legislar sobre as matérias de suas respectivas competências, sem comprometimento da unidade e harmonia do conjunto.

Na distribuição constitucional da competência legislativa, o órgão responsável por cuidar de determinada matéria será, forçosamente, obrigado a legislar sobre a mesma, conformando assim as ações do poder público. Deste modo, coube à União legislar privativamente sobre seguridade social (art.22, XXIII), que compreende as ações no campo da saúde, da previdência e assistência sociais (art. 194). Prevê mais adiante, a competência concorrente da União, dos Estados e Distrito Federal para legislar sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, XII). Neste caso, esclarece a Carta Magna que a União deverá produzir somente normas gerais, estabelecendo diretrizes e princípios nas determinadas matérias.

Os Estados devem estabelecer os pontos específicos dos assuntos tratados, complementando, sem contrariar, a legislação federal. Ademais, têm competência plena para

legislar sobre as matérias que não tiverem sido objeto de norma federal. Além disso, a Constituição dá competência ao Município para legislar sobre os assuntos de interesse local (art. 30, inciso I), e de prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, inciso VII). Percebe-se pois, que ambos legislam suplementarmente às leis federais, regulando situações particulares.

O alargamento da competência concorrente portanto, favorece a descentralização federativa, possibilitando que as cidades brasileiras tenham uma legislação própria e condizente à sua realidade.

No campo da saúde, tanto a União quanto os Estados, os Municípios e o Distrito Federal têm competência legislativa no assunto. Não obstante, as situações e sistemas singulares devem manter a integração com Sistema Único de Saúde. Cada um pode legislar sobre os pontos que dizem respeito ao seu respectivo sistema e a União poderá legislar sobre peculiaridades do sistema de saúde mantido pelo Governo Federal, estando nesse caso obrigada a observar o que tiver sido estabelecido em lei federal que fixe normas gerais.

O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje. Reformas sociais, em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários (MENDES, 1996, p.57).

O Sistema Único de Saúde está concebido como um conjunto de ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com as diretrizes da descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e participação da comunidade. Seu financiamento se dá com recursos do orçamento da seguridade social de todos os entes políticos da federação, além de outras fontes (art. 198).

Pelas atribuições arroladas no art. 200, compete ao SUS: a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; d) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; e) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; f) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; g) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19.09.1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Estabelece o dever do Estado em garantir a saúde, mediante a formulação e execução de políticas econômicas e sociais (art. 2º § 1º), e não exclui todavia, o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade no mesmo intento (art. 2º, §2º).

Elenca como princípios corolários do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (art.7º).

Estabelece ainda, como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (art. 3º). Acrescenta outrossim, a relação com a saúde de todas as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (art. 3º, § único). Percebe-se portanto, a incorporação no ordenamento jurídico, do conceito mais abrangente da saúde, discutido e aprovado na 8ª Conferência.

Claro restou, o compromisso dos órgãos públicos em efetivar tal direito, através de políticas públicas voltadas aos aspectos mencionados, buscando-se uma boa qualidade de vida à população. Vale dizer, por oportuno, que em virtude da patente interface com outras áreas, observa-se uma pluralidade de proteção deste direito em diversos sub-sistemas jurídicos.

Vale tomar nota ainda, que numa visão sistêmica da realidade, a intersetorialidade na prática política e de gestão nas questões de saúde, se mostra de adoção imprescindível, posto que qualquer indicador de saúde (longevidade, mortalidade infantil, etc), reflete uma gama de variáveis inter-relacionadas. Dessarte, a atuação setorial é insuficiente para se atingir resultados efetivos rumo à sadia qualidade de vida da população.

Outro importante instrumento legal é a Lei nº 8.142/99, que como já mencionado anteriormente, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

A legislação infraconstitucional reconheceu também a possibilidade da articulação entre o público e o privado ao assegurar as formas de representação dos interesses nacionais no setor através da assistência à saúde livre à iniciativa privada.³¹

Com vistas a permitir a implementação das diretrizes do SUS, têm sido elaboradas sucessivas regulamentações administrativas, instituídas por meio de portarias do Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas - NOBs, publicadas em 1991, 1993 e 1996, assim como a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS de 2001. Estas trazem os pormenores sobre campos de atuação, modalidades de gestão, financiamento, custeio e transferências de fundos, pactuação entre gestores, acompanhamento, avaliação e controle dos serviços.

A legislação recente ainda permite manter a fragmentação do SUS, o privilegiamento do setor curativo, a centralização de recursos, o desvio de recursos para outras áreas de interesse do Governo. A normatização do SUS tem tido um percurso instável e caótico, proliferando as tentativas de manutenção dos velhos privilégios de instituições e grupos de interesses e o desrespeito aos princípios constitucionais. O processo, confuso e nebuloso, impossibilita a transparência necessária para que a Esfera Pública tome posse desse conhecimento e possa exercer seu papel de controle social, de defesa das classes afetadas e possa exigir coerência com os princípios constitucionais (MARTINS, 1996, p.74).

Frente ao cotejo dos princípios administrativos da supremacia dos interesses coletivos, de um lado, e as garantias dos direitos individuais, de outro, imperativa a presença do Estado para dirimir os conflitos, assegurar as liberdades fundamentais, e estabelecer políticas públicas com vistas à busca do bem estar social.

Um dos instrumentos indispensáveis à concretização das ações administrativas é a

³¹ Art. 21 da Lei 8.080/90.

produção legislativa. A atividade estatal deve ser orientada pela lei, que representa a manifestação do povo, suas necessidades e interesses. No que concerne à saúde, então, o poder público deve cumprir e fazer cumprir os preceitos legais, formulando e executando políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, como previsto no art. 2º da Lei 8.080/90.

Percebe-se, atualmente, a “*advocacy*” como uma forma de afirmação e efetivação de direitos. Trata-se do envolvimento de grupos de interesses no acompanhamento dos processos legislativos, formulação e execução de políticas públicas. A advocacia em saúde tem sido realizada através de instrumentos previstos na legislação, como as Conferências de Saúde, os Conselhos federais, estaduais e municipais de saúde; pelos mecanismos de participação popular na Administração Pública; pelo acesso ao Judiciário como por exemplo, através do mandato de segurança, *habeas data*, e mandado de injunção.

Convém ressaltar que a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde, devidamente institucionalizada através da Lei 8.142/90, tem se mostrado um bom exercício de democracia participativa.

Acredita-se que o maior envolvimento dos setores representativos da sociedade, através de organizações não governamentais, associações ou entidades de classe, além da atuação mais efetiva do Ministério Público como defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais individuais indisponíveis, atuando também de forma proativa, mais próximo da sociedade, antes mesmo de demandas no âmbito judicial, podem representar um avanço na implementação dos serviços e políticas de saúde pública.

Em se tratando de serviço de relevância pública, como disposto no art. 197 da

CF/88, observa-se a ênfase na exigibilidade do direito à saúde e a orientação de que “a saúde é sempre assegurada por meio da atuação de uma função pública estatal, mesmo quando prestada por particulares, sendo que apenas as suas ‘ações e serviços’ não têm exercício exclusivo do Estado” (FERRAZ, 1992).

Deve o Ministério Público zelar pelo efetivo respeito ao direito à saúde, promovendo as medidas necessárias a garantir implementação de ações e serviços, assegurando o acesso universal e igualitário dos indivíduos a este bem, em atendimento ao comando constitucional previsto no art. 129, II, CF/88.

O objetivo de colaborar com a concretização dos direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde, deve fazer parte da realidade de todos, inclusive dos diversos grupos organizados da sociedade civil que adotam postura de vanguarda, através de ONGs, associações, sindicatos, setores de diversas igrejas, etc. É imprescindível que todos tenham consciência de que materializar a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, bem como os direitos fundamentais elencados na Carta da República de 1988, representa concretizar o respeito à dignidade da pessoa humana e de se criar uma sociedade livre, justa e igualitária, reduzindo-se (sic) as desigualdades sociais e regionais, que por sinal são fundamentos e objetivos da República Federativa do Brasil (arts. 1º, inc. III e 3º, incs. I e III da CF/88) (FEIJÓ, 2003, p.78).

Pelo exposto, o Direito à Saúde no Brasil, pode ser entendido como um conjunto de regras e princípios que estruturam uma política pública sanitária, de caráter social, regulando competências, o exercício das atividades administrativas, a gestão participativa e a garantia de sua efetivação, através de órgãos responsáveis em zelar pela prestação destes serviços de relevância pública.

Observa-se o avanço na institucionalização de novos aparatos legais, mas desacompanhada do efetivo cumprimento de seus preceitos, por parte do Estado e de particulares, e da correspondente evolução na organização dos serviços pertinentes à saúde.

A garantia dos direitos sociais fundamenta o dever do Estado em cumprir e fazer cumprir as determinações legais para que sejam alcançadas suas finalidades. A inércia do Poder Público, contudo, não anula a essência das disposições normativas. As normas de proteção e defesa da saúde, construídas com forte participação social de sujeitos individuais e coletivos, consubstanciam a busca de uma vida digna, saudável e eqüitativa à toda população.

4.3.3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE SAÚDE E AMBIENTE

Baseado no entendimento da teoria das gerações de direitos, os de primeira geração são os políticos e as garantias individuais, como a liberdade e a igualdade; os de segunda geração são os sociais, econômicos e culturais, como a saúde e a habitação; e os de terceira geração são os direitos de solidariedade, dentre os quais o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, a uma saudável qualidade de vida, a paz, e outros.

Estudando-se os artigos constitucionais, salta aos olhos que, tanto as disposições sobre saúde a relacionam com a qualidade do meio ambiente, como àquelas que tratam de meio ambiente mencionam aspectos relativos à saúde humana.

... não se alcança o *status* constitucional do direito à saúde a partir da perspectiva única da Seguridade Social. O capítulo da Constituição Federal sobre o meio ambiente oferece uma nova abordagem: o direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado justifica-se por tratar-se de um bem *essencial* à sadia qualidade de vida. Constitucionalmente, o Direito Ambiental tutela a vida com saúde e não o meio ambiente abstratamente considerado. O *caput* do art. 225 da Constituição Federal afirma o direito de todos ao meio ambiente ecologicamente equilibrado. Conhecer o sujeito desse direito significa identificar a titularidade do direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, tema de intensos debates no meio jurídico ambiental (FIGUEIREDO (2003, p. 57).

“Portanto, devemos reconhecer que o legislador constituinte foi extremamente

eficaz ao proteger a saúde de forma mediata e o meio ambiente de forma imediata, já que este reúne em seu bojo os requisitos necessários à proteção da saúde como um todo e conseqüentemente, o aumento da qualidade de vida” (NAPOLITANO, HAONAT e EMIN, 2003, p. 105).

Não há como refutar que os princípios do direito ambiental são indispensáveis para a formulação de um Estado de Bem Estar, à medida que orientam o desenvolvimento e a aplicação de políticas públicas sustentáveis, que servem como instrumento fundamental para a proteção do meio ambiente e, conseqüentemente, da saúde humana. Dentre eles, podemos mencionar o princípios da precaução, do poluidor pagador e da cooperação.

Precaução é cuidado. O princípio da precaução está ligado aos conceitos de afastamento de perigo e segurança das gerações futuras, como também de sustentabilidade ambiental das atividades humanas. Este princípio é a tradução da busca da proteção da existência humana, seja pela proteção de seu ambiente como pelo asseguramento da integridade da vida humana. A partir desta premissa, deve-se também considerar não só o risco eminente de uma determinada atividade, como também os riscos futuros decorrentes de empreendimentos humanos, os quais nossa compreensão e o atual estágio de desenvolvimento da ciência jamais conseguem captar em toda densidade (DERANI, 1997, p. 167).

Como defende MACHADO (2004, p.22), “parece-nos que nas questões ambientais não se podem criar oportunidades para uma administração monolítica, fechada em si mesma, com unidade de canais de comunicações e de decisões, dando-se, portanto, chance para erros de inoperância ou de ações mal concebidas ou mal-executadas. Na administração ambiental podem coexistir, com eficácia, organizações que sejam semelhantes, mas cujas atividades não são necessariamente justaposições uma das outras, nem representem uma interferência indébita”.

No que tange à intersecção com a saúde, a Lei Orgânica da Saúde estabelece que são fatores condicionantes e determinantes da saúde, dentre outros, o meio ambiente (art. 3º).

Por outro lado, a dispositivo constitucional que trata de meio ambiente reza que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida.

É patente, portanto, o caráter indissociável dos conceitos, e imperativo que, políticas públicas em ambas as áreas não podem desconsiderar isto, sob pena de não alcançarem os verdadeiros bens tutelados pelo legislador, e desta forma, não caminharem rumo ao bem-estar social.

Daí se infere a importância essencial do meio ambiente e dos mecanismos que o protejam e preservem, para que sejam fornecidos fundamentos para o estabelecimento da saúde. Claro está que só o meio ambiente equilibrado não assegura a saúde, mas é elemento indispensável, sem o qual aquela deixa de existir. Desse modo apreende-se que o legislador constituinte optou por tutelar de forma imediata a qualidade do meio ambiente e de forma mediata a saúde, o bem-estar e a segurança da população, que se vem sintetizando na expressão qualidade de vida (NAPOLITANO, HAONAT e EMIN, 2003, p. 104).

Já na Declaração do Rio sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento em 1992, ficou estabelecido no Princípio nº 1 que “os seres humanos constituem o centro das preocupações do desenvolvimento sustentável. Por conseguinte, têm o direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com o ambiente natural”.

De acordo com PELICIONI (1998, p.28-9), a “situação de ambiente e saúde do país resulta direta ou indiretamente das políticas públicas econômicas e sociais e não pode ser considerada independentemente dessas políticas”. Acrescenta a autora que essas “políticas públicas precisam basear seus planejamentos no diagnóstico da realidade local, nas necessidades e interesses da população, nos recursos disponíveis e na legislação vigente e devem estar associadas à educação em saúde ambiental, que sozinha poderá resolver muito

pouco”.

A Constituição de 1988, através do art. 23, incisos II, VI, VII e IX, estabelece a competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de cuidar da saúde, proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, além de combater a poluição em qualquer de suas formas e preservar as florestas, a fauna e a flora.

Dentre as atribuições do SUS³², destacam-se as que mais de perto interagem com a área ambiental: I) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesses para a saúde; II) executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; IV) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; VI) fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água para consumo humano; VII) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e VII) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Em exercício inverso, constatam-se que dentre as incumbências do setor ambiental, as de maior interface com a saúde são³³: II) preservar a diversidade e a integridade do patrimônio genético do País e fiscalizar as entidades dedicadas à pesquisa e manipulação de material genético; IV) exigir na forma da lei, para instalação de obra ou atividade potencialmente causadora de significativa degradação do meio ambiente, estudo prévio de impacto ambiental, a que se dará publicidade; V) controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente; VI) promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a

³² Art. 200 da Constituição Federal da República de 1988.

³³ Art. 225, § 1º da Constituição Federal da República de 1988.

conscientização pública para a preservação do meio ambiente; VII) proteger a fauna e a flora, vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco sua função ecológica.

Numa análise mais abrangente e profunda, pode-se inclusive encontrar benefícios à saúde em todas as ações predestinadas ao setor ambiental, não sendo falsa a assertiva de que as ações de saúde, especialmente no campo da promoção da saúde, se desconsiderarem os fatores ambientais, por certo não se prestarão à garantia da qualidade de vida da população. Daí a importância do diálogo entre as duas áreas.

Teríamos como núcleo central a própria saúde, e não a doença, bem como a idéia de *qualidade de vida*, (...) Talvez possamos vê-la como um dos elementos da *cidadania*, como um direito à *promoção da vida das pessoas*, um direito de cidadania que proteja a pretensão difusa e legítima a não apenas curar/evitar a doença, mas ter uma vida saudável, expressando uma pretensão de toda(s) a(s) sociedade(s) a um viver saudável, como direito a um conjunto de benefícios que fazem parte da *vida urbana*, incluídos nesta os referentes à preservação ambiental (MORAIS et al., 2001, p.633).

A própria Política Nacional do Meio Ambiente, Lei 6.938/81, afirma que o seu objetivo é a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar a proteção da dignidade da vida humana³⁴. O interesse do legislador em proteger o meio ambiente liga-se intrinsecamente à necessidade de garantir a vida e a sua qualidade, prevenindo riscos de toda sorte, uma vez que todo o tipo de desordem do meio ambiente em algum grau gerará uma desordem na saúde individual e coletiva.

Convém reforçar ainda que, para os fins previstos na política ambiental instituída, entende-se por poluição, a degradação da qualidade ambiental resultante de atividades que direta ou indiretamente prejudiquem a saúde, a segurança e o bem-estar da população; criem condições adversas às atividades sociais e econômicas; afetem desfavoravelmente a biota;

³⁴ Art. 2º da Lei nº 6.938 de 31.08.1981.

afetem as condições estéticas ou sanitárias do meio ambiente³⁵.

Cotejando-se os preceitos constitucionais e as determinações previstas nas leis orgânicas da saúde e na política nacional de meio ambiente, percebe-se a atuação complementar entre as ações dos setores de meio ambiente e saúde, em especial no que concerne ao monitoramento ambiental e à avaliação de risco a saúde.

Pelos esclarecimentos de SANTOS (2004, p.22), pode-se afirmar, conforme largamente demonstrado na legislação, que a matéria ambiental não está abrangida em um único ministério. “Suas atividades administrativas são conexas com outras áreas, fundamentalmente com a da saúde, podendo, nesse caso, parecer, muitas vezes, redundantes, mas, certamente não o serão, uma vez que são conciliáveis”.

4.4. DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL - PNSA

“... Portanto ao chegar a um povoado desconhecido, o médico deverá examinar sua posição em relação aos ventos e às saídas do sol... Deverá considerar com maior cuidado todas estas coisas e também aonde vão os nativos em busca de água, se usam águas pantanosas, suaves, ou que são duras e vêm de lugares altos e rochosos, ou são salobras e àsperas. Também o solo, se é plano e seco, se é abundante em bosques e em águas. Além disto, o modo de vida que agrada aos seus habitantes, se são grandes bebedores, comem em excesso e se mantêm inativos, ou se são atléticos, industriosos e se alimentam bem, bebendo pouco”

HIPÓCRATES

Como lembra RIBEIRO (2004, p.72) já na Grécia Antiga, Hipócrates em sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares”, demonstra suas preocupações em relação aos aspectos

³⁵ Art. 3º, inciso III, da Lei nº 6.938 de 31.08.1981.

ambientais na determinação das doenças. “A Saúde Pública, como disciplina prática de política sociosanitária, inclusive hoje em dia, é herdeira do ambientalismo Hipocrático”. Destaca GOUVEIA (1999, p.51) a importância desta obra em relação ao “papel crucial do meio ambiente na gênese, determinação e evolução das doenças”.

Contudo, “o nascimento da Saúde Pública como campo disciplinar remonta ao início do século XIX na Inglaterra quando os médicos começam a se preocupar com as condições de vida da classe trabalhadora tanto no seu ambiente de trabalho quanto nas cidades industriais” (Rosen *apud* NORONHA, 1992, p.3). Do mesmo modo, as questões referentes ao meio ambiente somente vieram a incorporar as políticas de saúde a partir de então, com a reforma sanitária inglesa.

“Baseando-se, em grande medida, no relatório de Edwin Chadwich, *The Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, de 1842, que divulgava a idéia de que a doença causava pobreza e que isso causava ônus à sociedade como um todo, no medo de revoltas populares e na necessidade de trabalhadores sadios e fortes para a indústria, o *Factory Act* e o *Public Health Act* foram promulgados em 1833 e 1848” (Jones e Moon *apud* RIBEIRO, 2004, p. 74).

Muitas doenças que afetam o homem possuem um substrato causal, condicionante ou desencadeante que é de caráter ambiental. No entanto, foi em ambientes de trabalho que inicialmente detectou-se o aparecimento de problemas de saúde, associados a riscos toxicológicos pela poluição química do ambiente (Ministério da Saúde, 2002, p.19)

Na atmosfera do crescimento das cidades, impulsionado pela revolução industrial, e com a deterioração das condições de vida da população, surgiu nos primórdios do século XIX a teoria miasmática, que explicava ser as doenças provenientes das emanções

resultantes dos acúmulos de dejetos. No final deste século, à relação das doenças com componentes ambientais e sociais, foi dada somenos importância, mediante o advento da bacteriologia que apontava a causação biológica das doenças.

A partir da década de 1970 iniciou-se uma mudança de paradigmas no trato da saúde das pessoas. As preocupações ambientais despontavam no cenário mundial, alimentadas pela crescente escassez de recursos naturais e principalmente, pelos desdobramentos de sua má utilização, tanto no equilíbrio do meio ambiente, como na saúde humana. Uma nova visão, ecossistêmica da saúde, veio aos poucos, ocupando lugar do enfoque biologicista da saúde, e portanto, descortinando novos componentes e estratégias importantes para a Saúde Pública.

... a construção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo, buscando compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo (Ministério da Saúde, 2005, p.9).

A Reforma Sanitária representou a resposta de repúdio de movimentos e organizações sociais à um sistema de saúde centralizador, clientelista, mecanicista e despreocupado com os diversos fatores condicionantes e determinantes da qualidade de vida das pessoas, que extrapolavam às ações do setor saúde. Ficou latente a necessidade de estabelecimento de conexões com outras áreas e políticas sociais, para se alcançar de fato a saúde dos homens e mulheres e de seu ambiente, integralmente.

A partir deste contexto, começou a ser pensada uma nova área de atuação da Saúde Coletiva, a saúde ambiental, que abarcando e entrelaçando questões provenientes de outros setores, de acordo com as atuais estruturas administrativas, sob o prisma da proteção e

promoção da saúde, incorpora uma política estatal voltada à sustentabilidade.

Definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a saúde e o seu bem-estar. São todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente.

De acordo com o art. 4, § único da Instrução Normativa nº 1 de 07.03.2005 que trata das competências em saúde ambiental, conceituada como a área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e a formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade. (Anexo I)

As atribuições relacionadas à saúde ambiental no Brasil são de competência do Ministério da Saúde, conforme disposto no art. 27, XX da Lei nº 10.683/03, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios. A atuação administrativa na matéria consta do Decreto nº 4.726 de 09.06.03, que cria o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde.

Quanto à uma política pública nacional definidora e orientadora da atuação dos diversos órgãos com atribuições relacionadas à saúde ambiental, ainda não se obteve êxito na sua formulação integral, em consonância com os princípios democráticos do Estado de Direito e das diretrizes do SUS. Todavia, importantes iniciativas foram tomadas, e o Ministério da Saúde coordena por meio da área de Vigilância em Saúde Ambiental, um processo contínuo de construção, cujos passos serão em seguida descritos.

Considerado pela maioria dos entrevistados como o despertar do processo, o Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável (1995) representou o primeiro documento oficial inter-relacionando às áreas de saúde e meio ambiente produzido no SUS.

O processo de preparação para a Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável - COPASADHS, ocorrida em 1995, ficou a cargo da Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde – AESA, vinculada à Presidência da República. Foi composta uma Comissão Intrasetorial composta pela FUNASA, FIOCRUZ e Secretaria de Vigilância Sanitária para subsidiar o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, criado no ano anterior.

Sob a coordenação do Ministério da Saúde, integravam também o GTI a OPAS; o Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal; Ministério do Trabalho; Ministério do Planejamento e Orçamento; Ministério da Educação e do Desporto; Ministério das Relações Exteriores; e Ministério das Minas e Energia.

Ao final dos trabalhos foi produzido o documento supracitado, um texto programático, com diretrizes para curto e médio prazos, com o propósito expresso de tornar-se referência para ações futuras de planejamento de saúde e ambiente. Não era contudo, como mencionado em sua apresentação “um Plano completo, com componentes que especifiquem metas, responsabilidades, prazos e custos” (Ministério da Saúde, 1995, p.7).

Segundo roteiro proposto pela OPAS e após ampla discussão em seminários temáticos, chegou-se a um documento estruturado basicamente sobre três linhas de detalhamento, quais sejam, as bases para ação, objetivos e ações. Essas foram desenvolvidas

em cima de temas do contexto nacional (políticas públicas, marcos legais institucionais e setores não-governamentais); das áreas consideradas diretamente envolvidas (saúde, ambiente, saneamento e recursos hídricos); dos requisitos para ação integrada (formação de profissionais, sistemas de informação, educação e comunicação e pesquisa e desenvolvimento); e aspectos pertinentes à sua implementação (financiamento, articulação internacional e acompanhamento).

O processo da COPASAD mostra, de um lado, a abrangência, complexidade e urgência das questões ambientais tendo em vista que constituem problema de saúde pública, as quais reforçam aspectos de natureza política, epistemológica e metodológica, como as discussões em torno dos modelos de desenvolvimento, dos novos paradigmas científicos, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade das ações. De outro, constata-se a precariedade da sociedade brasileira e do governo nos seus vários níveis, incluindo o setor saúde, no que diz respeito a priorizar e levar a cabo políticas e ações integradas (PORTO, 1998, p. 43).

“Restaram frustrações aos que analisaram e acompanharam o processo burocrático subsequente de tentativas posteriores de construção de agenda, políticas e instrumentos integrados de ações intersetoriais relativas à saúde e ambiente, desencadeadas desde o preparo daquele plano, uma vez que o assunto não foi considerado prioritário pelo Ministério da Saúde e por outros grupos decisores” (Porto *apud* CANESQUI, 1998, p.176).

Apesar da infrutífera tentativa de implantação do Plano de Saúde e Ambiente da COPASAD, não se pode olvidar o relevante rebatimento e repercussão deste para a área de saúde ambiental, já que, no mínimo, trouxe ao debate importantes temas e logrou reunir os destacados setores do governo, afins à matéria, para um planejamento conjunto.

As ações de vigilância ambiental em saúde começaram a ser possibilitadas com o projeto VIGISUS, formulado em 1997 pela Fundação Nacional de Saúde, por intermédio de empréstimo concedido pelo Banco Mundial. Foi criado com vistas à estruturação dos sistemas de vigilância em saúde em consonância às diretrizes e princípios do SUS e permitiu um maior

delineamento e atuação do papel da vigilância quanto aos fatores ambientais passíveis de acarretar riscos à saúde humana.

Pari passu, em 1988, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, montou uma comissão, com participantes das principais universidades do país, de órgãos ambientais e da OPAS, para elaborar uma Política Nacional de Saúde Ambiental. O documento preliminar ficou pronto em junho de 1999.

Este documento foi pensado e escrito sob a orientação da metodologia de formulação de políticas desenvolvida pela mesma Secretaria do Ministério da Saúde, em 1999, em cujo teor consta que as políticas públicas devem explicitar o estabelecimento de propósito, diretrizes, responsabilidades e parâmetros para sua avaliação. Deve estar contemplado na introdução as bases legais e justificativa do empenho na construção da política. Como pressuposto, a construção deve ser coletiva, viabilizando assim a participação efetiva de órgãos públicos, da iniciativa privada, de entidades representativas dos profissionais e da sociedade civil. (Ministério da Saúde, 1999, p.7-8).

Nesse diapasão, o texto denominado “Política Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde”, adotou como diretrizes a promoção de ambientes saudáveis, o fortalecimento da vigilância em saúde ambiental, o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde ambiental, a definição das intervenções específicas nas situações de emergência, a adequação e ampliação da capacidade institucional, a ampliação da participação social e reforço da ação comunitária, o apoio ao desenvolvimento de estudos, pesquisas e avaliações de risco e o apoio à informação e capacitação de recursos humanos.

Como propósito apresentou a prevenção de agravos à saúde decorrentes da exposição do ser humano a ambientes nocivos e a redução da morbimortalidade mediante,

sobretudo, a participação do setor saúde na criação, na reconstituição e na manutenção de ambientes saudáveis, contribuindo assim para a qualidade de vida da população brasileira e para o alcance do objetivo maior do desenvolvimento sustentável, pautando-se nas estratégias de promoção da saúde.

Não obstante os esforços empreendidos e a salutar coordenação dos trabalhos, inclusive com realização de várias reuniões e de um seminário com participação de setores representantes do governo e da sociedade para debater e refinar o documento, o processo findou inacabado restando dele apenas documentos preliminares.

Neste cenário, a principal iniciativa do Ministério da Saúde no que toca à questão de saúde e ambiente foi a estruturação da área de vigilância ambiental em saúde na FUNASA. Através da Portaria nº 125/MS de 14 de fevereiro de 1999 foi criada a Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental - CGVAM, com a competência de organizar, orientar, normalizar e coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental. Inicialmente, com funções de vigilância relacionada a fatores físicos, químicos e biológicos presentes na água, ar e solo; prevenir e controlar zoonoses, doenças transmitidas por vetores e analisar o impacto de mudanças ambientais e situações de catástrofe e desastres naturais sobre a saúde, visando a adoção de medidas preventivas.

A Instrução Normativa nº 1 regulamentou a Portaria nº 1.399/MS de 15.12.1999, estabelecendo as competências da vigilância ambiental em saúde no âmbito da União, estados, municípios e Distrito Federal. Vale dizer que previa no art. 4, incisos I e II, a atribuição da esfera federal de propor a Política Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, além da determinação de participar na formulação e na implementação das políticas de controle dos fatores de risco no meio ambiente que interfiram na saúde humana. O Decreto nº 3.450 de 10.05.2000 aprovou o estatuto da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA,

estabelecendo as atribuições da CGVAM, que passou a integrar o Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI.

De acordo com a Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SISVAM), instituído pela Portaria nº 410/MS de 10.10.2000, a vigilância em saúde ambiental é definida como um conjunto de ações que proporciona 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 recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou agravos. Está estruturada como um conjunto interarticulado de instituições do setor público e privado e componentes do SUS envolvendo as três esferas de governo.

Dentro de sua estrutura organizacional a CGVAM contava com duas coordenações: a Coordenação de Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Biológicos – COFAB, composta por três áreas de concentração, quais sejam vetores, hospedeiros e reservatórios e animais peçonhentos e a Coordenação de Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Não Biológicos – CONAB, que cuidava dos contaminantes ambientais, qualidade da água para consumo humano, qualidade do ar, qualidade do solo, incluindo resíduos tóxicos e perigosos, e desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

Com vistas a viabilizar a construção da política nacional e favorecer a articulação intrasetorial de órgãos que realizavam atividades de saúde ambiental, foi criada no final de 2001, pela Portaria nº 2253/MS, a Comissão Permanente de Saúde Ambiental – COPESA. Dentre outras atribuições, tinha o especial condão de formular, propor e acompanhar a Política Nacional de Saúde Ambiental. Tal instrumento normativo foi revogado pela Portaria nº 1.931, publicada no Diário Oficial da União de 10.10.2003, que trouxe algumas alterações, adequando a Comissão à nova estruturação da CGVAM, em conformidade às mudanças

trazidas a efeito pela reforma administrativa do Governo Federal, que extinguiu o CENEPI da FUNASA, criando a Secretaria de Vigilância em Saúde dentro do Ministério da Saúde.

Os debates sobre o tema da saúde ambiental seguiram sendo fomentados, destacando-se aqui a realização em 2003 do Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social organizado pela CISAMA/CNS e a Oficina de Trabalho do GT de Saúde e Ambiente da ABRASCO.

No âmbito da COPESA, foi instituído um grupo de trabalho para dedicar-se à elaboração do anteprojeto da PNSA. Após diversas reuniões acontecidas em 2004 e integradas pelos técnicos da CGVAM ficou pronta uma primeira versão do anteprojeto, que foi submetido à uma revisão por consultores especialistas contratados pelo Ministério da Saúde. Em continuidade aos trabalhos, foi realizado o “Workshop de Saúde Ambiental no âmbito do SUS: construindo a Política Nacional de Saúde Ambiental”. Participaram do evento representantes da academia, dos órgãos de saúde do SUS e de outros fora do setor, como o Instituto Nacional do Meio Ambiente e Recursos Naturais não Renováveis – IBAMA, Ministério do Meio Ambiente – MMA e Ministério das Cidades – MC.

Ao cabo do processo, foi produzido o documento Marco Conceitual e Operacional da Política Nacional de Saúde Ambiental: para ampliar o diálogo com a sociedade. Consoante depoimento de alguns participantes, ocorreram muitos embates teórico-metodológicos problematizando um tanto o conteúdo do material e dificultando o pleno andamento das atividades do Seminário.

Realçava o documento que “produzir saúde não é exclusividade do setor saúde. Estudos indicam que os resultados na saúde da população através da melhoria na educação, no transporte, na coleta de lixo, na cultura, no esporte, no lazer, etc. são muito mais intensos e

duradouros do que aqueles propiciados pela prestação de serviços assistenciais. Isto sim é investir em saúde” (Ministério da Saúde, 2004, p.24).

O processo de construção da PNSA foi retomado em 2005, quando foi re-elaborado o documento-base para a política de saúde ambiental. Realizou-se um intenso trabalho de reestruturação do texto, adequação da linguagem, aprofundamento de alguns pontos e exclusão de outros, adaptação à dinâmica realidade da saúde ambiental e contextualização das questões levantadas, sob o prisma da saúde.

Em seguida foi apresentado à COPESA, discutido, avaliado e aprovado após incorporar os apontamentos dos parceiros intrasetoriais. Feito isso, deslocou-se o debate para o Conselho Nacional de Saúde, onde, através da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente, da qual a CGVAM tem assento, foi ampliada a discussão e fornecidas novas contribuições ao documento.

O desfecho deste trabalho abrangente de discussão do texto de norteamento para a formulação da PNSA, se deu com a realização do I Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental, organizado em parceria pela CGVAM/SVS, COPESA e CISAMA/CNS.

Foram reunidos na ocasião, representantes dos diversos órgãos do SUS, das três esferas de governo, de movimentos populares, de organizações do terceiro setor, da academia, dos trabalhadores em saúde, gestores e usuários. Refletiu desse modo, um grande salto qualitativo ao processo em construção da PNSA, a agregação de novos saberes e experiências, através da intensa participação social no Seminário.

Pode se dizer que o documento final, conhecido como Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, resgatou de certa forma todo o processo e

iniciativas anteriores de elaboração de uma política de saúde ambiental e foi submetido a debate e apreciação de diversos atores sociais.

Salienta este que o objetivo da PNSA é proteger e promover a saúde humana e colaborar na proteção do meio ambiente, por meio de um conjunto de ações integradas com instâncias de governo e da sociedade civil organizada para fortalecer sujeitos e organizações governamentais e não-governamentais no enfrentamento dos determinantes sócio-ambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a ambientes adversos (Ministério da Saúde, 2005, p.22).

Na operacionalização, se aponta de forma geral as principais ações que precisariam ser desenvolvidas para implementação da Política: (1) adequação e ampliação da capacidade institucional para a Vigilância em Saúde; (2) fortalecimento de uma cultura participativa favorecedora de ambientes saudáveis; (3) identificação pactuada dos fatores de risco a saúde humana e prevenção de efeitos deletérios à saúde; (4) fortalecimento da rede de laboratórios para Vigilância em Saúde Ambiental; (5) organização e fortalecimento dos sistemas de informação em saúde ambiental; (6) elaboração de normas e procedimentos relativos às ações de prevenção e controle de fatores de risco ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde; (7) gestão integrada em Saúde Ambiental; (8) definição das intervenções específicas nas situações de emergência; (9) avaliação, gerenciamento e comunicação de risco à saúde; (10) definição de indicadores de Saúde Ambiental; (11) implementação e internalização de Acordos Internacionais para a efetivação da Saúde Ambiental; (12) efetivação de mecanismos e instrumentos de educação permanente em saúde ambiental; e (13) desenvolvimento de mecanismos de cooperação técnica (Ministério da Saúde, 2005, p.41-42).

O documento foi recentemente aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Como próximos passos, estão previstos o encaminhamento deste para publicação e posteriormente a distribuição por todo o país. Destaque-se que assim, poderá ter muita serventia no sentido de: descentralizar o debate para os conselhos estaduais e municipais de saúde, pulverizar informações e questões atinentes à matéria, instrumentalizar a educação e orientação sobre saúde ambiental, ampliar a discussão para as diferentes culturas e segmentos da sociedade brasileira, e principalmente, dar continuidade, de maneira mais aprofundada e democrática à

edificação de uma política pública.

Muito ainda há que se fazer, e considerando a interconectividade da saúde ambiental com outras políticas afins, a intersetorialidade deve ser incessantemente trabalhada, e desenvolvidas novas formas de desfragmentação no planejamento das atividades públicas, para que se consiga uma sinergia que otimize os recursos humanos, materiais e as possibilidades institucionais em torno da construção de políticas sociais, aptas a diminuir as disparidades sociais e garantir a dignidade humana, justiça e bem-estar para o povo brasileiro.

4.4.1. DA CONCEPÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL NO ÂMBITO DO SUS

Diante do quadro observado, surge a saúde ambiental, com a função de cuidar das conseqüências na saúde da interação entre a população humana e o meio ambiente físico-natural e o transformado pelo homem – o social.

“Compreender que a saúde ambiental tem muito a ver com a qualidade de vida, com a qualidade de adaptabilidade, de trabalho entre as pessoas” (Entrevistado 4).

“Essa questão da saúde ambiental não me pareceu como um problema, apareceu como uma relação que era uma relação produtiva no sentido de que era uma relação criadora de coisas novas, neste caso as coisas novas que essa relação produzia era doença ou a saúde, tá, e que era uma coisa nova no sentido de que a relação era produtiva, era uma relação de determinação mesmo, que tinha conseqüência, não era uma relação qualquer, não era uma relação de interação só, era uma relação que fundava processos diferentes pros seres humanos, os processos de doença” (Entrevistada 2).

Embora já existindo o termo saúde ambiental, e inclusive a institucionalização desta área em alguns órgãos públicos nas três esferas de governo e em departamentos de algumas universidades do país, o pensamento e ações neste sentido estavam muito vinculadas ao aspectos da saúde no saneamento. Com muito a ser definido, percebe-se de forma clara que o tema ainda não freqüenta o cotidiano de vida dos brasileiros, nem tampouco é

compreendido em sua essência e valor pelos profissionais que atuam na saúde pública.

“A saúde ambiental significava saneamento. Ela não era só isso, mas aqui no Brasil você não fazia pesquisa de relação entre questões de ambiente como nós vemos agora e a saúde. O que você tinha era saneamento, o que você tinha era uma incidência brutal de doenças infecto-parasitárias. O quadro nosológico brasileiro era um quadro que apontava para a relação ambiente, a relação ambiente pra nós era relação com o agente biológico” (Entrevistada 2).

“Tá muito ainda no início, ainda tá muito pequena. Acho que tem avançado um pouco, vou pegar o exemplo nosso na CONAM, tem avançado razoavelmente essa discussão da importância entre saúde, saneamento e habitação. Agora, enquanto saúde ambiental ainda tá muito longe, ainda, acho ainda está muito aquém. Está muito voltada à necessidade específica do cidadão de ter uma moradia, em condições dignas e que isso tem a ver com saneamento e promoção da saúde” (Entrevistado 4).

“O campo de ação da saúde em sua interface com o ambiente está em construção no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e se orienta pelos princípios e diretrizes nele contidos. Vale ressaltar que os pressupostos da universalidade, integridade e equidade, e suas viabilidades através de ações conduzidas para a transversalidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade conformam o norte condutor do campo” (TAMBELLINI et al, 2005, p. 300)

“Quando se falava em saúde ambiental até pouco tempo, cada um tava falando de um lugar, ninguém, não era uma discussão nivelada. As pessoas estavam falando de coisas diferentes. (...) A CISAMA foi uma das organizadoras de um seminário na OPAS pra se discutir a conceituação, a teorização dessa área, tão necessária para que os pesquisadores, os acadêmicos se entendessem” (Entrevistada 6)

A Constituição Federal e posteriormente a Lei Orgânica da Saúde, incorporaram de forma enfática a determinação ambiental na saúde da população. Porém foi com os desdobramentos da Rio 92, que se alavancou a criação de um aparato estatal para responder às demandas de saúde ambiental.

“Essa nova visão da saúde ambiental, você pode dizer mesmo ela só aparece na década de 80. Ela aparece antes, mas se concretiza no aparelho do Estado depois (do SUS). (...) Ela volta a existir mesmo como uma área na Eco-92” (Entrevistada 2).

“Hoje você vê o Ministério da Saúde preocupado com a construção de uma rodovia e a conseqüente disseminação de uma doença ao longo dessa rodovia, mas isso, na década de 90, você não via isso. Não tem muitos anos não gente, são menos de 15 anos.” (Entrevistada 3).

“A Rio 92, a Conferência das Nações Unidas para meio ambiente, ela estabeleceu algumas responsabilidades, além dos quatro documentos base assinados pelos países e a Agenda 21, ela estabeleceu determinados compromissos, e a Organização Mundial da Saúde ficou com uma responsabilidade de estimular, dentro das nações unidas, de estimular os países na discussão, na implementação das questões relacionadas à saúde oriundas da Rio 9” (Entrevistada 3).

“Isso aí também não foi só a saúde que apareceu, começou a aparecer a necessidade de ter uma área ambiental” (Entrevistada 2).

Em meio a realidades multifacetadas e plurideterminadas, às quais diversos fatores se associam e interagem entre si, a institucionalização da área se deu de forma pulverizada, com atribuições e competências situadas em distintos órgãos, dentro e fora do setor saúde.

“A representação do Brasil na OPAS estava tentando estimular minimamente os três setores: saneamento, que nessa época era no Ministério do Bem-estar Social; Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Saúde, (...) que tinha três focos de atuação na área de saúde ambiental, a Fundação Nacional de Saúde – FNS, tinha dentro da Fundação o departamento de saneamento, tinha a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária – SVS que tinha dentro dela um departamento de meio ambiente e ecologia humana e tinha a FIOCRUZ, por meio do CESTEJ – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana” (Entrevistada 3).

O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, redefinido em 2005, compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças, e outros agravos à saúde, em especial: I) água para consumo humano; II) ar; III) solo; IV) contaminantes ambientais e substâncias químicas; V) desastres naturais; VI) acidentes com produtos perigosos; VII) fatores físicos; e VIII) ambiente de trabalho. (Anexo I)

No âmbito do SUS, o órgão de maior importância no desempenho das ações de saúde ambiental é a Coordenação-Geral de Saúde Ambiental - CGVAM, que integra a

Secretaria de Vigilância em Saúde, com a responsabilidade especial de propor, elaborar, coordenar e acompanhar a Política Nacional de Saúde Ambiental.

À esse respeito, convém dar relevo à um dos subcomponentes do Projeto Vigisus II, que trata da vigilância em saúde ambiental (VAS) e coloca que os próximos passos para a consolidação dos avanços da área “devem incluir a concretização de uma Política Nacional de Saúde Ambiental que sirva de referência para o desenvolvimento das atividades da VAS e o incentivo para a estruturação em todos os estados brasileiros, considerando os preceitos do SUS, incluída a bioética” (Ministério da Saúde, 2005c, p.31)

“Do ponto de vista do apoio à formulação e implantação da Política Nacional de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde, há a necessidade de fortalecimento dos mecanismos inter e intra-setoriais, tais como a ampliação das atividades dos diversos grupos de trabalho da COPESA e a sua integração nas ações básicas de saúde induzindo a capacitação técnica de equipes de atenção básica, líderes comunitários, setor ambiental e outros; assessoria aos Centros de Atenção Primária Ambiental (Capas), Eco-clubes, estado e municípios; e a utilização do mapeamento de riscos ambientais para estruturar, implantar e implementar a vigilância ambiental em saúde de forma mais sistêmica” (Ministério da Saúde, 2005c, p.33).

Nesse sentido, foram criados em 2001, instrumentos para possibilitar a articulação intra e intersetorial na área de saúde ambiental. Como ferramenta operacional para harmonizar e direcional as políticas intrasetoriais, foi constituída a COPESA (Comissão Permanente de Saúde Ambiental), e para fomentar a integração intersetorial foi assinado um Termo de Cooperação Técnica entre os Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente. (Anexos II e III)

“Numa das Reuniões de Dirigentes de Saúde Ambiental dos Ministérios da Saúde dos países da América (...) saiu para o governo brasileiro duas decisões, a criação de um órgão intra setor saúde para discutir as questões de saúde ambiental (...) o outro foi que se fizesse uma articulação maior entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Meio Ambiente. (...) Esses dois produtos o intra e o inter, que foi a COPESA e o Termo de Cooperação, a tradução dos produtos dessa Reunião de Dirigentes” (Entrevistada 3).

A definição de uma política integrada de saúde e meio ambiente tem se mostrado cada vez mais necessária, haja vista que diversas enfermidades crônicas e tantos outros agravos à saúde se originam e desenvolvem devido à exposição humana aos riscos decorrentes de alterações do meio. Ademais, a desarticulação dos programas destes setores limita o desenvolvimento de ações conjuntas de promoção da saúde e proteção do meio ambiente.

“A partir de 92 é que se sacramenta que não é mais possível essa coisa não ser trabalhada de uma maneira mais consistente e não ser uma questão do Estado. Então é a partir disso que você cria a possibilidade de ter uma política. Se ela for uma política de governo ela não existe enquanto política do Estado. Para mim, o que interesse de uma política é que ela seja uma política de Estado, a questão do ambiente não pode ser uma questão de governo, de uma proposta governamental. Ela tem que ser uma coisa que seja dentro do Estado, que faça parte” (Entrevistada 2).

“A gente está zelando para que nós tenhamos um marco político estruturante, capaz de estabelecer claramente os compromissos, como é que pode ser montada as bases de um processo mais duradouro. (...) Quando nós começamos a lidar com essa temática e pela complexidade que o tema requer, exige articulações etc e tal, fica muito evidente a necessidade de uma política” (Entrevistado 1).

4.4.2. DO PROCESSO EM CONSTRUÇÃO DA PNSA

"Uma política pública passa por um ciclo que inclui a problematização, a construção de agenda, a formulação, a formalização, a implementação, o monitoramento e a avaliação" (Paim *apue* MENDONÇA *et al.*, 2005, p.110).

No que toca à construção da PNSA, a primeira iniciativa de expressão formal da integração de esforços da saúde com o ambiente e outras áreas afins no Brasil, se deu com os desdobramentos da Eco-92, manifestada através do desenvolvimento de um Plano Nacional de Saúde e Ambiente em 1995, preparatório para a participação do país na Conferência Pan-americana de Saúde e Ambiente para o Desenvolvimento Humano, a COPASAD.

“A COPASAD foi uma conferência panamericana, ela foi vamos dizer assim, o rebatimento na saúde, na América Latina particularmente, nas Américas, da compreensão da saúde sobre a importância da Rio 92. Aí a COPASAD propõe que os países estruture seus planos de saúde e ambiente” (Entrevistado 1).

“A Organização Pan-Americana da Saúde, que é o braço da OMS na América, ela assumiu essa responsabilidade e começou após a Rio 92, a estimular os países a elaborarem, discutirem a questão de saúde e ambiente de uma forma integrada, como preconiza a Rio 92, que o setor saúde passasse a discutir as questões de meio ambiente” (Entrevistada 3).

“Foi aprovada uma Resolução junto ao Conselho de Diretores da OPAS, do qual fazem parte todos os ministros de saúde de todos os países das Américas, os ministros de saúde então, aprovaram a realização de uma Conferência de Saúde e Ambiente (...) deveria discutir exatamente, sair dela com diretrizes de saúde e ambiente que tem a ver com a interface para implementação nos países. Isso pressupunha que os países antes discutissem e elaborassem o seu documento, a partir da Agenda 21. (...) essa conferência deveria culminar com a elaboração de um Plano Regional de Saúde e Ambiente” (Entrevistada 3).

“A Assessoria Internacional coordenou o processo. (...) constituiu dois grupos: um grupo intra Ministério da Saúde, que inicialmente foi integrado por todos, cada caixinha do ministério (...); e foi constituído um outro grupo inter que tinha a participação de todos os ministérios, todos tinham acento. (...) E aqui foi constituído por Portaria Ministerial e o outro por Decreto Presidencial, não era informal não. (...) chegou um determinado momento (...) que o grupo como um todo percebeu que era inviável fazer duas reuniões, uma intra e outra inter (...) o primeiro embrião da COPESA foi este daqui” (Entrevistada 3).

“Quando chegou na época (de discussão) dos recursos financeiros o Ministério teve uma mudança, na primeira gestão do governo Fernando Henrique, o ministro da saúde mudou não sei quantas vezes. (...) E o novo Secretário de Vigilância disse que não queria tratar das questões de saúde e ambiente. Então a Assessoria Internacional não teve como conduzir um processo, sem ter uma área técnica responsável, então esse processo foi enterrado” (Entrevistada 3).

Embora com alguma divergência entre os entrevistados, pode se depreender que o documento trabalhado no Brasil para ser apresentado à COPASAD, obteve êxito em reunir o pensamento de diversas áreas intra e intersetarias relacionadas à saúde ambiental, além de trazer à baila um assunto tão relevante. Não obstante, não havia campo de atuação sistemático para o setor, nem tampouco os instrumentos necessários para se pensar em uma política, ou sequer para a implantação das diretrizes nele indicadas.

“Foi o primeiro momento também em que essa discussão se deu no país (...) se passou a ter pessoas que discutiam a temática nas diferentes áreas de atuação, universidades, ONGs e poder público. Aí se definiu que seria plano e não política, se definiu que seriam, para a COPASAD só tinha tempo de se fazer diretrizes e nós decidimos que seriam só diretrizes porque entendemos que as diretrizes é um dos elementos chave de ma política. Então a gente estaria cumprindo e a gente

sabia que não era um Plano completo” (Entrevistada 3).

“Era um plano. Ele não tinha nenhuma veleidade de se tornar uma política e nem podia. Ele foi feito a portas fechadas por pessoas que eram acadêmicos e técnicos, escolhidos. Você não tinha um aparelho dentro do Estado, você não tinha nada, como é que tu vai elaborar uma política (...). para se elaborar uma política você tem que criar instrumentos de intervenção” (Entrevistada 2).

“Apesar de em termos de planejamento política vir antes de plano, é muito mais fácil elaborar um plano do que uma política, uma política pressupõe que você tenha uma priorização dessas temáticas em nível de gestores, de ministros, uma priorização comum. (...) O Plano Nacional de Saúde e Ambiente brasileiro, ele é uma proposta integrada” (Entrevistada 3).

“Eu acho que a função dele era tornar visível a necessidade de você ter elementos, ter dentro do Estado um componente ambiente. Porque a saúde? Porque a saúde tradicionalmente já tinha uma preocupação com o ambiente” (Entrevistada 2).

Quanto ao processo desenvolvido em 1999 pela Secretaria de Políticas de Saúde, observou-se que persistiram algumas dificuldades como a ausência de uma área instituída para conduzir a formulação da política, a descontinuidade administrativa, a falta de democratização do debate. O documento contendo uma proposta de política de saúde ambiental nem chegou a ser finalizado. Mais uma vez emergiu a discussão sobre o tema, e mais uma vez, o Estado mostrou-se despreparado para desempenhar suas funções.

“A Secretaria de Políticas criada, o secretário João Yunes propôs, conseguiu e definiu com o ministro que se elaborariam as diferentes políticas temáticas no âmbito do Ministério da Saúde,, pra isso definiu uma metodologia. Esse processo passava por primeiro, formar um grupo de trabalho que era coordenado por alguém da SPS que conduzia as reuniões para garantir a uniformidade do processo e tinha um coordenador que era uma pessoa da área técnica responsável pelo tema. (...) E da saúde ambiental, quem ele ia convidar? (...) então convidou uma pessoa externa do Ministério e da confiança do Secretário para conduzir o processo de elaboração da política. A gente não teve uma pessoa interna porque não tinha uma área interna, as outras todas tinham, se você olhar da violência, da saúde da criança e do adolescente, a de nutrição, todos esses tinham pessoas do Ministério, técnica coordenando. (...) A encomenda era elaborar a Política Nacional de Saúde Ambiental, era essa. Pra cumprir essa metodologia toda passava por uma série de etapas, aí tinha: constituição de um grupo de trabalho, o grupo de trabalho elaborava uma versão, apresentava numa oficina de trabalho, até chegar numa versão em que o grupo dizia ‘está no momento de ser submetida aos gestores do Ministério da Saúde’, uma vez aprovada iria pro Conselho Nacional de Saúde, o Conselho aprovava e voltava para Ministério que então publicaria.(...) (O documento) foi fruto da oficina, não chegou a ser apresentado aos gestores na época, aos secretários, ao corpo diretivo do Ministério e muito menos ao Conselho. (...) As políticas que tem hoje de saúde indígena, de saúde da criança, de violência, são frutos desse processo. Só que não existia briga interna, e existia alguém que puxava e que conduzia. Essas duas áreas por serem áreas transversais, intersetorias, são muito mais difíceis e não tinham locus” (Entrevistada 3).

“O documento de 99, na verdade, ele é uma colcha de retalhos, era um documento assim que se estruturava de uma forma tal que eram aproximações. Desde o começo nós percebemos isso,

vamos dizer assim da insatisfação, com o texto. Não estou colocando que ninguém errou, foi o espaço e o momento daquele grupo, ele avançou até aquele ponto. Mas com esse olhar novo havia essa insatisfação, mas esse é outro elemento importante, junto com a possibilidade de continuidade, a inquietação e a curiosidade intelectual de produzir alguma coisa que tivesse mais fundamento no pensamento moderno, como é que a saúde pode atuar nessa questão toda de sustentabilidade, etc, etc” (Entrevistado 1).

“Mas só que isso ficou muito restrito, essa tentativa de elaborar essa política, por isso que ninguém achava os documentos, eles chamaram um grupinho sentou esse grupinho e ficou lá escrevendo coisas (...) aquilo foi um mal passo do governo Fernando Henrique Cardoso” (Entrevistada 2).

“Naquele momento a dificuldade maior foi a quebra da equipe, o secretário de Políticas de Saúde (...) montou uma equipe e essa equipe não conclui seu trabalho, talvez como não houve muito interesse também, parou ali. Aí teve um hiatozinho de 2 anos, 2 anos na vida institucional é pouco, né, relativamente falando. Aí você retoma novamente o trabalho já com outra perspectiva, então é sempre uma perda, você sempre perde a continuidade da equipe, mas de alguma forma eu acho que retomamos o mesmo rumo, o mesmo caminho” (Entrevistado 1).

Antes da institucionalização de uma área de vigilância em saúde ambiental dentro do Ministério da Saúde, foram empreendidas, portanto, duas iniciativas importantes rumo à construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Têm-se o registro a este respeito, da formulação do “Plano Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde”, em 1999. O primeiro estruturado sob a coordenação da Presidência da República, e o segundo, dentro do Ministério da Saúde, na extinta Secretaria de Políticas de Saúde.

Embora os processos não tenham a implantação das propostas, foram muito relevantes na medida em que confluíram o trabalho de setores além da saúde, como planejamento, meio ambiente, educação, trabalho e outros, em prol da construção da saúde ambiental no país.

“A COPASAD, ela na verdade eu acho que é o primeiro movimento mais organizado derivado da agenda ambiental da Rio 92, em que o setor saúde, representado pela OPAS, que é um organismo internacional, faz um processo de articulação pra fazer com que se tenha uma tomada de consciência sobre a necessidade de construção de uma agenda comum de saúde ambiente, pode ser uma coisa quase simplória de interpretação direta, é obvio que isso interessa, é importante e tal, porém eu acredito que não existia ainda maturidade. Foi bom no sentido do arranjo institucional, por exemplo o Brasil reuniu diversos ministérios e montou se plano nacional de articulação de saúde e ambiente. Acho que trouxe consciência, particularmente, naquele momento questões como a qualidade da água de consumo humano e a questão de exposição humana à químicos, como agrotóxicos veio mais à tona, e conseguiu ter sua expressão em termos de movimentação institucional, etc e tal, mas isso não estava muito bem colado, de certa forma com a

forma como a sociedade via isso. Em 95, a gente tava com sete anos de SUS, a partir da Constituição, se pegar a partir da Lei do SUS eram 5 anos só. Era muito pouco tempo, da gente estar saindo daquela ramificação, do trabalho todo fragmentado que existia no campo da saúde, e juntar orçamentos, romper estruturas federalizadas que faziam intervenções nos estados e municípios, e já ter fôlego para dar conta dessa agenda de conotação ambiental. Porém eu acho que deixou a sua marca, a COPASAD deixou um embriãozinho que pode ser trabalhado, tem o seu valor, tem o seu papel. Em alguns outros países da América Latina particularmente, teve até repercussões mais profundas na organização do Estado, mas de qualquer forma a COPASAD foi um movimento legítimo, importante e daí” (Entrevistado 1).

“O documento que foi feito hoje estava muito baseado em coisas que tinham na COPASAD principalmente e nesse documento (SPS). Houve um resgate. Essa questão toda a gente não quer fazer de conta que não existiu, existiu, foi um esforço que foi feito. Não deu certo porque politicamente foi colocado errado e numa hora inoportuna” (Entrevistada 2).

Outras iniciativas, já sob a coordenação da CGVAM foram empreendidas em 2004, retomando-se o processo em 2005. A primeira com participação marcada pela presença das universidades, gestores e técnicos de órgãos do SUS e de outros sistemas, que realizam atividades de saúde ambiental, e a outra, ampliando para a integração de outros segmentos sociais e organizações do terceiro setor, o que foi garantido pela união de esforços do executivo administrativo (CGVAM e COPESA) e do órgão de representação popular (CNS). De certa forma, foi dado prosseguimento ao processo, e a partir de então, sob a égide de uma área em estruturação, qual seja a vigilância em saúde ambiental.

“Foi alguma coisa que foi surgindo, não houve nenhum a priori, um movimento deliberado de estruturar essa política. Eu me lembro muito bem, assim que eu comecei meu trabalho na Coordenação de Vigilância Ambiental, quando foi definido que todas as políticas que vinham sendo fomentadas na Secretaria de Políticas do Ministério deveriam ser encaminhadas para as áreas de interesse dessas políticas. Isso foi muito interessante porque de repente eu estou lá recebendo a documentação, enfim os encaminhamentos do dia a dia e tudo, e me chega um volume grosso da documentação, de se eu não me engano propostas ou debates para a da construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. O despacho vinha da Presidência da FUNASA, depois pelo CENEPI, e dizia assim para análise e providências. Eu achei aquilo ótimo, porque se eu tinha que providenciar alguma coisa eu vou pegar esse negócio aqui e tocar adiante” (Entrevistado 1).

“Eu acho que foi a expressão vislumbrada material desse caminho da formulação da política, foi quando nós começamos a ter algumas questõeszinhas com a ANVISA e outros setores do Ministério, por conta do movimento da Coordenação de Vigilância Ambiental, a gente tem uma agenda e tinha na época, que exigia uma interface muito grande com a área de Engenharia Sanitária da FUNASA, onde nós estávamos, a ANVISA com a questão de agrotóxicos e outras coisas mais, e também a FIOCRUZ mas que nunca deu problemas, e também a Saúde do Trabalhador que olhou com uma certa preocupação como é que nós íamos fazer, propor a vigilância dos ambientes de trabalho e tal que já era uma coisa proposta na época. Aí eu acho que foi assim o momento da reflexão e da proposição, (...) se tem esse negócio do movimento de construção de uma política, se tem essas resistências e tal, porque não imaginar a possibilidade de ter um espaço, um fórum do

Ministério que fosse capaz de juntar os pedaços envolvidos na parte de saúde e ambiente e pudesse estar propondo a política. Aí surge a COPESA ” (Entrevistado 1).

“Em seguida a gente começou a fazer uma proposta de política dentro do GT, que a gente achava que o GT tinha que trabalhar numa proposta de política e que a CGVAM tinha que ter uma proposta de política. (...) O primeiro documento de política era um documento do GT, que era um documento que era feito com corte acadêmico. Depois é que apareceu a COPESA. (...) o documento foi mudando de cara um pouco” (Entrevistada 2).

O trabalho desenvolvido foi fundamental para a discussão e disseminação dos conceitos, princípios e linhas de atuação da saúde ambiental. O Seminário organizado pela CGVAM/SVS/MS, CISAMA/CNS e COPESA em 2005, conforme o entendimento dos entrevistados representou um grande avanço na consolidação da proposta de se construir a política.

O documento final, conhecido por “Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental”, pode vir a ser um importante instrumento para o debate sobre o tema, nas diversas regiões do país, já que será publicado e distribuído para e pelos conselhos estaduais e municipais de saúde, instituições de ensino e pesquisa, órgãos governamentais e não-governamentais, nas três esferas administrativas.

“Inquestionavelmente, o Seminário é um marco, eu acho que o seminário da Política desse ano, ele cria o consenso no SUS. Esse é um tipo de coisa que a gente não pode primeiro deixar de valorizar e segundo não deixar de se preocupar também para poder avançar na sua consolidação e nos próximos passos. Talvez assim em termos de expressão maior, que eu acho que meio que é um indicador que materializa todo esse movimento e a procura de fazer a coisa bem feita e adequada é o próprio documento. É um documento que agradou todo mundo. Todo mundo que esteve mal ou bem envolvido nesse processo, que leu o documento, fez ótimas referências. Isso é muito bom, e até mesmo eu diria que auxiliou inclusive na própria dinâmica do Seminário, porque foi um tipo de seminário de oficinas de trabalho. Mas, as pessoas que leram o documento chegaram muito amigas e com uma vontade enorme de contribuir, essa foi minha percepção pelo menos no grupo em que eu participei” (Entrevistado 1).

“Esse seminário de saúde ambiental foi um negócio muito bom. Foi a primeira oportunidade que os atores da sociedade tiveram de junto com os setores do governo estarem sentados e discutindo o mesmo assunto” (Entrevistado 5).

“Primeiro é isso: procurar ter essa discussão dentro de um contexto integral do SUS, de forma que tenha controle social, de forma que seja vista como uma política intersetorial, acho que isso foi fundamental, não ser construída como uma política a parte, fora do SUS. Não ter sido construída como uma política de um segmento que atua numa vertente dessa de saúde, ou de meio ambiente, sem que fosse tratado junto com o Conselho, com o controle social como um todo, com os vários

atores. Então aquele seminário foi importante porque ouviu vários segmentos e atores sociais que atuam nessas áreas, então acho que isso é um fator fundamental. E o outro é isso: de valorizar e fortalecer, como tá no próprio documento, as instâncias de controle social, municipal, estadual, e federal, além do que ressaltar cada vez mais a importância que tem dessa intersectorialidade com as ações” (Entrevistado 4).

“Todo esse movimento para a realização desse seminário que gerou esse documento, que acredito precisa ser muito trabalhado, mais trabalhado ainda, dentro dos ministérios, deve se chegar aos conselheiros de saúde, deve se chegar ao município uma discussão como essa, Isso vai enriquecer muito a sistematização dessa política, eu nem sei se deve ser um sistema, eu tenho dúvida” (Entrevistada 6).

“O objetivo era ser interno mesmo, interno enquanto controle social. (...) tinha um planejamento de a gente fazer todo esse processo de debates na CISAMA, levar para o seminário, para depois sim transformar numa publicação que ganhasse a sociedade como um todo. Então estamos naquele estágio ainda que é interno à saúde, interno ao controle social da saúde. Acho que nós estamos num processo que amadureceu, a gente fez o seminário muito bem feito, a própria relatoria do documento tá tendo o cuidado adequado e agora a idéia é que isso ganhe mais a sociedade através de publicações (...), para poder ir para fora, para poder ir para setores que atuam no meio ambiente, para ir para setores que atuam na reforma urbana, na reforma agrária, junto aos movimentos dos trabalhadores, sindicais, e assim por diante. Então eu acho que ainda tá muito aqui dentro da saúde, mas de certa forma era planejado que isso acontecesse mesmo, até para a gente apresentar um documento concensuado” (Entrevistado 4).

Vale destacar, o entendimento de que esta política deve ser desenvolvida e pensada no contexto da vigilância em saúde, de uma política nacional de vigilância, que teria como um dos componentes a vigilância em saúde ambiental. Fundamenta-se no fato de já haver a consolidação da área e portanto, os instrumentos de intervenção.

“Ou nós acreditamos que essa política de saúde ambiental ela não se refere propriamente à uma saúde ambiental, mas uma vigilância em saúde ambiental, ou ela vai ficar num escrito que não vai se concretizar” (Entrevistada 2).

“Se existe uma proposta de política hoje na área de vigilância, é a proposta de vigilância em saúde, da qual a vigilância ambiental faz parte” (Entrevistada 2).

Em relação à um órgão gestor para a PNSA, as opiniões convergiram no sentido de que deveria estar no âmbito do Ministério da Saúde, mas o *modus operandi* é compreendido de forma diferente pelos entrevistados. De uma maneira geral, eles acreditam que terá que haver um refranjo das instituições, para que o Estado possa assumir a implementação da política.

“Dentro do Ministério eu acho que a questão ela não está afeta a uma única área específica de atuação, de intervenção, por isso que eu defendi e continuo defendendo uma forma matricial, e a COPESA pra mim é a representação dessa forma matricial de gestão das questões de saúde ambiental. O órgão que deliberaria, é um órgão colegiado. Foi esse o objetivo da criação da COPESA. (...) O que eu vi na COPESA, é que existia uma vontade política, uma vontade estratégica e uma vontade técnica de fazer funcionar. Então, naquele momento até onde eu vi, não havia impedimento de decisão e de mando. (...) A própria coordenação não priorizou.” (Entrevistada 3).

“O Ministério da Saúde, lógico (...) se eu tiver uma política nacional de saúde (ambiental) eu nem sei se coloca a questão da CGVAM do jeito que ela sendo colocada, não, ele ta por cima da CGVAM, a política nacional. Eles criam uma outra coisa, vamos supor que existiria uma secretaria, que vai ter de um lado a CGVAM, do outro lado uma área de serviços (...) tudo diferente” (Entrevistada 2).

“O órgão gestor deveria ser o Ministério da Saúde (...). Por tratar de saúde ambiental, acho que deveria ter um peso maior a questão da saúde, porque é promoção à saúde, é prevenção de uma série de riscos e agravos que podem ocorrer” (Entrevistado 4).

Considerando a proposta de apresentação de um documento da PNSA como projeto de lei no Congresso Nacional, as conclusões indicam como uma opção indesejável e desnecessária. Isso por se tratar de um assunto novo, e portanto carente de maiores estudos e definições; porque retardaria o processo; o documento estaria sujeito a sofrer quaisquer tipo de emendas; além da suposição de que o fato de ser lei não implicaria na maior coercitividade e aplicabilidade de suas diretrizes.

Convém ressaltar por oportuno, que o instrumento legal é dotado de coercibilidade, desse modo têm o condão de regular e estabelecer critérios a serem respeitados no comportamento humano em relação à um determinado assunto. Assim sendo, não se pode negar que seria uma valiosa ferramenta para quem atua e quer atuar na saúde ambiental.

É claro, por outro lado, que os projetos de lei (e seria o caso na situação de um texto de política) são submetidos ao processo legislativo e portanto, ao crivo do Congresso Nacional. Por isso mesmo é tão importante a participação e controle social no processo, para que na eventualidade desta ocorrência, a letra da lei acompanhe o desejo da nação, e as linhas

de atuação, diretrizes e princípios da política representem o que de fato se necessita para a boa gestão e regulação da matéria.

Ameaçados por um cotidiano impacável, não basta à cidadania ser um estado de espírito ou uma declaração de intenções. Ela tem o seu corpo e os seus limites como uma situação social, jurídica e política. Para ser mantida pelas gerações sucessivas, para ter eficácia e ser fonte de direitos, ela deve se inscrever na própria letra das leis, mediante dispositivos institucionais que assegurem a fruição de prerrogativas pactuadas, e sempre que haja recusa, o direito de reclamar e ser ouvido. A cidadania pode começar por definições abstratas, cabíveis em qualquer tempo e lugar, mas para ser válida deve poder ser reclamada (Santos *apud* REIGOTA, 2006, p. 5).

Vale fazer um paralelo com definições de cidadania e suas implicações em relação aos aspectos jurídicos e políticos, dada por REIGOTA. O assunto ainda é controverso, e a seguir são destacadas as posições dos entrevistados a este respeito.

“Acho que sim, mas acho também que tem seu tempo. Enquanto a gente não tiver pactuação interministerial (...) não vai ter efeitos ou nós podemos entrar numa de ter leis, ter artigos da lei que se contraponha a outros, porque o problema é esse, nós temos políticas alguns momentos contraditórias, nós temos que ajustar qual seria isso interministerialmente para poder isso ter efeito de lei que realmente não fique engavetada” (Entrevistado 4).

“Existe uma necessidade de ter uma expressão na lei. Só que não é pegar a política e transformar em projeto de lei. É identificar a partir dessa discussão o que é que a gente precisa que seja pautado na lei” (Entrevistada 3).

“Na área do saneamento, é porque sempre teve uma política, a gente acaba fazendo, refazendo o que já estava pronto, de uma outra maneira, mas seguindo, vamos dizer assim a mesma forma, sabe, projeto de lei, sempre foi assim. Como a questão da saúde ambiental é uma coisa nova, talvez seja melhor mesmo não fazer um projeto de lei” (Entrevistada 6).

“Acho que você não precisa de ter uma lei pra existir. Uma lei é uma coisa que é feita depois. E eu acho que você não precisa ter um documento de política pra ter uma lei também” (Entrevistada 2).

“Se tiver um consenso prévio, né, e a gente conseguir avançar sem um projeto de lei eu acho que é melhor. Afinal de contas é uma política que está dentro dessa agenda de aproximação de agendas (...). Eu imagino na minha cabeça que é possível ter alguma equação sem precisar ir lá para o Congresso. Agora se esta for a solução, se a pressão for tão grande, aí você pode estar certa, você bota aí sete anos pra sair qualquer coisa e se vai sair próximo do que você quer. Veja bem, nós já temos a Política Nacional de Meio Ambiente, no caso da saúde não é a Política Nacional de Saúde, mas é o Sistema Nacional de Saúde. Enfim, já tem uma série de coisas aí que balizam, então os recursos não são novos que a gente tá propondo. É rearrumar os recursos desses sistemas, dessas políticas. Eu não sei, eu tenho pra mim assim que nós tamos falando muito mais de otimização e de um olhar mais apropriado de política pública, do que uma novidade de extra recurso ou qualquer coisa tal que precisa passar por esse crivo do Congresso. (...) Eu evitaria porque você perde todo tempo do mundo e você perde a governabilidade” (Entrevistado 1).

Ante todo o exposto, percebeu-se que uma série de compiladores como a falta de unidade conceitual, o debate ainda prematuro sobre o tema dentro do país, e a estruturação ainda incompleta do setor, acarretam dificuldades nas iniciativas de intervenção e ao processo de formulação e implementação de políticas públicas de saúde ambiental. Convém ressaltar, todavia, que muitos esforços foram feitos e deles foram gerados muitos frutos positivos para a constituição da saúde ambiental no Brasil. Os comentários dos entrevistados corroboram o mencionado.

Esse entendimento poderia estar registrado e normalizado a partir de uma conceituação mais adequada, que refletisse o avanço que a discussão do ambiente vem ganhando em todos os setores governamentais e que, no âmbito do setor saúde está presente mais claramente deste a Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável - COPASAD; desde o Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável e, mais recentemente, na implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (Portaria MS N 1399/GM de 15/12/1999) (TAMBELLINI et al, 2005, p. 300).

“O avanço que eu vejo é esse a própria constituição da área. Ela existe, concreta, ela não é um discurso, porque ela podia aparecer como um discurso de política e não existir, ela existe, ela suporta uma construção de política, que é uma política que não pode ser estar, que não pode existir fora de uma política nacional de saúde. Esses fios eles não aparecem claramente, explicitamente no documento que existe hoje de política” (Entrevistada 2).

“O que eu acho interessante disso tudo (...) foi que finalmente agora o Ministério tomou para si a questão ambiental, alinhar a questão ambiental com a questão de saúde. Esse é o ponto mais positivo. (...) Ambiente e saúde, realmente esse foi o grande avanço, a grande cartada do ministério, acho que a melhor coisa que aconteceu nas esferas que a gente tem se envolvido” (Entrevistado 5).

“Eu acho que na época da COPASAD se reuniram, pinçaram vários técnicos para discutir uma questão e fizeram um documento. De lá pra cá isso é um movimento que saiu dos profissionais, não basta reunir as pessoas pra discutir uma coisa. (...) aquilo tem que ser um fruto do pesquisar, do pensar das pessoas, um fruto do trabalho, que culmina na construção de uma política. (...) Eu acho que evoluiu muito, você tem um documento, que ele pode de alguma forma, muita coisa que tava naquele documento tá colocado hoje no documento, tá retratado, mas de uma forma completamente diferente que foi construído com muitos olhares, não só com a coisa técnica, foi com o olhar dos movimentos sociais, foi com olhar das experiências dos municípios, outro tipo de olhar, de olhares” (Entrevistada 6).

Vale mencionar ainda que houve a percepção de que o processo não foi continuado e de que não houve consideração de todo o trabalho anteriormente desenvolvido.

“Desde que foi realizado o workshop para discutir a proposta da política o documento que foi

apresentado pra mim não foi um avanço, foi um grande retrocesso porque nós tínhamos um hiato muito grande. Na realidade apesar da COPESA ter definido que priorizaria a discussão da política, o documento que foi apresentado como subsídios ele desconheceu e descaracterizou e desrespeitou todo o processo anterior. Ele não reconheceu, não considerou nenhum dos documentos, nenhum dos atores envolvidos, nenhum dos processos. E os dois principais atores que é o Conselho Nacional de Saúde e o próprio Ministério” (Entrevistada 3).

Muitos avanços, maiores ainda os desafios. Após o Seminário realizado em 2005, foi produzido um documento, discutido no SUS e aprovado no Conselho Nacional de Saúde. Existe portanto, um instrumento para ampliar e descentralizar o debate. Cabe ao poder público estimular isso e ao Conselho assegurar a participação da sociedade em todo o processo. A continuidade dos trabalhos, acredita-se, será viabilizada mediante a mobilização e o interesse social para que de fato aconteça.

“Acredito que a gente tem que colocar essa discussão da política de uma forma mais ampla, tem que abrir a discussão, ela está muito fechada, na medida em que ela está fechada ela tá vinculada não só a um tipo de público, né? O governo Federal, mas algumas academias, que a gente tem mapeado, então existem muitas dúvidas em relação ao eixos, eixo conceitual, o que é saúde ambiental hoje para o Brasil, o que é saúde ambiental do ponto de vista operacional. Existem muitas dúvidas quanto à ação. Existe uma área de interface muito grande do setor saúde com o setor ambiente e isso freqüentemente traz muito problema. Para se elaborar uma política na minha concepção, uma política ela tem que ter a possibilidade de ser posta em prática” (Entrevistada 3).

“O desafio que a gente tem é de pautar adequadamente em 2006 essa política com os outros setores, particularmente o meio ambiente. Tem que ser uma coisa muito bem amarrada, pegando aí o texto das Conferências e tal e tentando fazer aproximações e estratégias. Eu sinto que (...) que ainda o componente status quo e técnico da vulnerabilidade do campo de atuação de uma determinada área de competência do governo, ser pautada quase que exclusivamente pelo interesse e pelo olhar do técnico que está ali constituído, ou do gerente que tá ali, ou do secretário, ou do diretor e não por uma leitura, ou uma expressão de uma leitura da sociedade. (...) Eu diria isso, o desafio maior no meu ver é construir uma boa aceitação” (Entrevistado 1).

“A gente só vai ter isso aí muito bem estruturado quando a sociedade quiser isso. Isso não é um projeto institucional”(Entrevistado 1).

“Eu acho que o maior desafio é que haja uma saúde ambiental, a gente está propondo uma política de saúde ambiental quando o nós o que temos é uma vigilância em saúde ambiental. Eu acho que o desafio é este. Vai existir uma saúde ambiental, quando, onde o que que é a saúde ambiental?”(Entrevistada 2).

“Já passou da hora da gente fechar essa política, e ela não pode ser feita como foi feita nos últimos anos, com o pensamento nas mãos de uns poucos, por isso que ela foi sendo cada vez mais empobrecida, mesmo que as pessoas sejam ricas” (Entrevistada 3).

Outra questão importante é pactuar essa construção com a sociedade, com as

esferas governamentais e não governamentais, para que haja uma confluência neste trabalho. Deve haver outrossim, uma orientação de como se proceder para de fato alcançar a sinergia nas ações e a harmonia nos entendimentos. Ainda, deve se promover a educação e o empoderamento das pessoas para integrarem com boas condições o processo podendo ativamente se engajar nele. A seguir outros comentários sobre perspectivas de continuidade da construção da PNSA.

“O Ministério tem que elaborar uma cartilha, da qual possa ser feita uma campanha. Eu por exemplo pego muito material dos ministérios e distribuo localmente lá, um exemplo, eu peguei a Convenção de Estocolmo que foi traduzida para o português agora, tenho distribuído lá. Se tiver a cartilha de saúde ambiental elaborada pelo Ministério eu vou fazer o mesmo. Eu acho que são ações distribuídas, são pequenas, mas você semeia, você acaba colhendo alguma coisa, você acaba tendo algum retorno daquilo. São esses pequenos retornos que a gente vai precisar para o futuro para talvez realizar um congresso, um evento desse porte” (Entrevistado 5).

“Eu acho que isso passa primeiro por a gente finalizar o documento e repassar isso aos conselhos estaduais e aos conselhos municipais, cadastrados aqui no Conselho Nacional. Segundo, é a gente buscar junto a alguns atores sociais mais interessados no tema fazer esse debate também na própria base desses atores sociais, porque de uma forma ou de outra eles se relacionam com esses conselhos. Então movimentos sociais, academia, o próprio setor dos trabalhadores, acho que era importante fazer discussões ou oficinas com esses segmentos, porque não só dizer que você vai mandar para os conselhos estaduais ou municipais, só isso não resolve. É um passo importante, mas quem garante que essa discussão em determinado município vai acontecer ou vai ser pautada é também com esses atores sociais pressionando, através de suas representações naquele determinado município. Acho que isso são duas vias de mobilização temática que a gente deve investir” (Entrevistado 4).

Ainda com a estrada aberta para a construção dessa política, mas tendo-se em vista a atuação da CGVAM e seus inúmeros avanços na vigilância em saúde ambiental, a maior clareza sobre as co-responsabilidades na matéria, a maior sedimentação do conhecimento a respeito do assunto, combinado ao amadurecimento incontinente no processo de construção de políticas públicas integradas, espera-se que seja concluído o processo, de forma democrática e aberta, à luz do pensamento e conquistas da Reforma Sanitária.

5. CONCLUSÕES

O modelo de desenvolvimento neoliberal, adotado pelo Brasil nas últimas décadas, como se viu, têm acentuado a utilização irracional e escassez dos recursos naturais, a pauperização da população, a desigualdade social no país, além do endividamento do Estado. Com respaldo nos princípios neoliberais e na contra-corrente da globalização, com os crescentes cortes de gastos públicos e privatização dos sistemas sociais, muitas dificuldades têm se apresentado na implantação do Sistema Único de Saúde.

Neste contexto, fica prejudicada a construção de projetos nacionais e a atuação dos órgãos governamentais como planejadores, formuladores e gestores de grande parte das políticas públicas. Isso se agrava quando os assuntos a serem regulados pelo Estado, exigem um rearranjo de seus órgãos, um novo pensamento e prática dos servidores públicos e a continuidade do trabalho, o que acontece principalmente quando se trata de temas intersetoriais.

No caso das políticas integradas de saúde e ambiente, pôde se observar que não obstante a estreita relação entre os temas, não há ainda um arcabouço teórico-metodológico sólido, nem tampouco uma atuação conjunta satisfatória dos setores que as compõe.

Diante desse quadro, e após os desdobramentos dos eventos nacionais e internacionais referentes à promoção da saúde e ao meio ambiente e desenvolvimento sustentável, a saúde ambiental surge com a função de cuidar das consequências na saúde da interação entre a população humana e o meio ambiente físico-natural e o transformado.

Em relação à construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, resgatou-se as iniciativas levadas a efeito desde a concepção da área no âmbito do SUS, elencando-se quatro

momentos importantes que alavancaram o processo, quais sejam: a elaboração do “Plano Nacional de Saúde e Ambiente”, em 1994, que representou as diretrizes do Brasil para a questão da COPASAD; o documento preliminar “Política Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde”, em 1999, desenvolvido no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde; o texto “Marco Conceitual e Operacional da Política Nacional de Saúde Ambiental: para ampliar o diálogo com a sociedade”, de 2004; e o documento “Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental”, em 2005. Estes dois construídos sob coordenação da CGVAM/SVS/MS, tendo o último a importante participação do Conselho Nacional de Saúde na sua elaboração e discussão.

Obteve-se como resultados que, não obstante a inconclusão na formulação desta política por parte do Governo Federal, os caminhos traçados foram fundamentais para trazer à baila essa discussão, para a disseminação dos conceitos, princípios e linhas de atuação da saúde ambiental, para integrar novos atores ao debate e para institucionalização da área de vigilância em saúde ambiental no Ministério da Saúde.

Acredita-se outrossim, que o processo deve ser continuado abrindo-se o debate para as outras esferas de governo e para a sociedade em geral. Contudo, restou claro que o estímulo governamental não basta para a concretização dessa Política. Esta somente existirá se representar a vontade e necessidade da população, que portanto deverá se utilizar dos instrumentos democráticos para assegurar essa conquista.

6. REFERÊNCIAS

Almeida FDM. Competências na Constituição de 1988. São Paulo: Atlas; 1991.

Amaral VA. Terceiro Setor e políticas públicas. Rev do Serviço Público. 2003; 54 (2): 33-55.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P, organizadores. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra; 1995. p.9-23.

Andrade LOM, Barreto ICHC. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.151-171.

Arendt H. Crises da República. 2 ed. São Paulo: Perspectiva; 1999.

Barat J. O estado brasileiro como refém das políticas de curto prazo. Cadernos FUNDAP. 2001; 22: 62-68.

Bercovici G. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. Rev de Direito Sanitário. 2002; 3 (1): 13-28.

Björkman, JW. Política social, governança e capacidade: reformas e restrições do setor público. Rev do Serviço Público. 2005; 56 (3): 277-294.

Bodstein RCA. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p.63-97.

Bógus CM, Akerman M, Mendes R. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Rev Saúde e Sociedade. 2004; 13 (1): 47-55.

Bógus CM. Os Conselhos de Saúde e o fortalecimento da democracia brasileira. Ver O mundo da Saúde. 2004; 29 (1): 41-48.

Bursztyn M. Ser ou não ser: eis a questão do Estado brasileiro. Rev do Serviço Público. 1994; 118 (3): 27-36.

Bursztyn M. Introdução à crítica da razão desestatizante. Rev do Serviço Público. 1998; 49 (1): 141-63.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ; 2003. P. 15-38.

Buss PM. Desenvolvimento, ambiente e saúde. *Rev Ciência & Ambiente*. 2002; 25 (2): 09-32.

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde: porque sim e porque não! *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1): 14-24.

Canesqui AM. Políticas ambiental e de saúde na década de 90 no Brasil. *Rev Saúde e Ambiente*. 1998; 1 (2): 171-184.

Carvalho IMM, Laniado RN. Transição democrática, políticas públicas e movimentos sociais. In: Moura AS, organizadora. *O Estado e as políticas públicas na transição democrática*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1989. p.108-133.

Carvalho MS. A saúde como direito social: fundamentos na Constituição Federal de 1988. *Rev de Direito Sanitário*. 2003; 4 (2).

Castro MHG, Faria VE. Política social e consolidação democrática no Brasil. In: Moura AS, organizadora. *O Estado e as políticas públicas na transição democrática*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1989. p.194-215.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 5 ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 2003.

Comissão Mundial sobre Ambiente e Desenvolvimento. *Nosso futuro comum*. 2. ed. [S.l.]: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, [s.d.].

Costa EA, Rozenfeld S. Marcos históricos e conceituais: constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizadora. *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p.15-40.

Costa NR. Políticas públicas justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec; 1998.

Dallari SG. Os Estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.

Derlien HU. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. *Rev do Serviço Público*. 2001; 52 (1): 105-122.

Di Pietro MSZ. Participação da comunidade em órgãos da administração pública. *Rev de Direito Sanitário*. 2000; 1 (1): 36-48.

Eco U. Como se faz uma tese. 18 ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Feijó AMV. A importância dos conselhos de saúde para a efetivação dos princípios

constitucionais relativos à saúde. *Rev de Direito Sanitário*. 2003; 4 (2): 63-81.

Ferraz AAMC, Benjamin AHV. O conceito de “relevância pública” na Constituição Federal. In: Dallari SG. O conceito constitucional de relevância pública. Brasília: OPAS; 1992.

Ferraz ST. Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15; 1999.

Figueiredo GJP. Meio ambiente [apresentação]. *Rev de Direito Sanitário*. 2003; 4 (3): 57-61.

Frischeisen LCF. Políticas públicas: a responsabilidade do administrador e o Ministério Público. São Paulo: Max Limonad; 2000.

Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (2): 20-31.

Gomes JS. A perspectiva jurídica na avaliação de políticas públicas. In: Acta Geral do Iº Encontro INA – Instituto Nacional de Administração; 1998 Mar 23-24; Lisboa, Portugal. Lisboa: Fundação Gulbenkian; 1998. p.197-209.

Goñi ZE. La integración de la evaluación de políticas públicas en el proceso presupuestario. *Rev do Serviço Público*. 2001; 52 (2): 5-17.

Gouveia N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. *Rev Saúde e Sociedade*. 1999; 8 (1): 46-61.

Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Rev Estudos Avançados*. 1999; 13 (35): 139-146.

Henrique W. Questão social e políticas sociais no Brasil. In: Oliveira MA, organizador. Economia e trabalho: textos básicos. Campinas: UNICAMP IE; 1998. p.79-94.

Ianni AMZ. Saúde e meio ambiente na periferia da metrópole. *Rev Saúde e Sociedade*. 2000; 9 (1/2): 97-109.

Ianni AMZ, Quitério LAD. Promoção da saúde e meio ambiente no programa de saúde da família: os casos de Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo. *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1): 81-91.

Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *RAP Rio de Janeiro*. 1998; 32 (2): 35-48.

Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*. 2001; 22: 102-110.

Jacobi P. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde.

2 ed. São Paulo: Cortez; 1993.

Jacobi P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. *Rev Saúde e Sociedade*. 1999; 8 (1): 31-48.

Jatene AD. Novo modelo de saúde. *Rev Estudos Avançados*. 1999; 13 (35): 51-64.

Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1): 25-36.

Kurz R. A biologização do social. *Folha de S. Paulo*, 1996 jul 07; *Caderno Mais*: 5-7.

Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2 ed. São Paulo: Cortez; 1977. *Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo*; p.151-178.

Lopes JRL. Os conselhos de participação popular: validade jurídica de suas decisões. *Rev de Direito Sanitário*. 2000; 1 (1): 23-35.

Luna SV. Planejamento de pesquisa: uma introdução. São Paulo: Educ; 2003.

Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Machado PAL. Competência do Ministério da Saúde na área de saúde ambiental. Brasília; 2004. [Parecer Jurídico - consultado pela Organização Pan-Americana de Saúde].

Magnani JGC. Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade. São Paulo: Hucitec; 1998.

Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1): 5-13.

Martins AA. Relações Estado-sociedade e políticas de saúde. *Rev Saúde e Sociedade*. 1996; 5 (1): 55-79.

Martins HF. Fragmentação e intersetorialidade: em busca de uma agenda da integração. In: Levy E, Drago PA, organizadores. *Gestão pública no Brasil contemporâneo*. São Paulo: FUNDAP/Casa Civil; 2005. p.275-301.

Médici AC. Políticas sociais e federalismo. In: Affonso RBA, Silva PLB, organizadores. *A federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP; 1995. p. 285-304.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mendonça ACO, Dias CPF, Araújo MS *et al*. Políticas de Saúde do Governo Lula: avaliação

dos primeiros meses de gestão. Ver Saúde em Debate. 2005; 70 (29): 109-124.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.

Minayo MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.173-189.

Minhoto LD, Martins CE. As redes e o desenvolvimento social. Cadernos FUNDAP. 2001; 22: 81-101.

Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável. Brasília, DF; 1995.

Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde. Políticas de saúde: metodologia de formulação. Brasília, DF; 1999.

Ministério da Saúde- Secretaria de Políticas de Saúde. Plano Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde. Brasília, DF; 1999.

Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília, DF; 2002.

Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília, DF; 2002.

Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde. Textos de Epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília, DF; 2002.

Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. Manual da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF; 2003.

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental. Marco Conceitual e Operacional da Política Nacional de Saúde Ambiental: para ampliar o diálogo com a sociedade. Brasília, DF; 2004.

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental. Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Brasília, DF; 2005a.

Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social. Brasília, DF; 2005b.

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto Vigisus II: manual

operativo. Brasília, DF; 2005c 2v.

Monteiro JV. Fundamentos da política pública. Rio de Janeiro: IPEA/INPES; 1982.

Morais JLB, Schwartz GAD, Sobrinho LLP. Análise jurídico-constitucional do direito à saúde. In: Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos. Santa Cruz: EDUNISC; 2001. t. 2, p. 625-641.

Moura EC. Direito à saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. Rev Saúde e Sociedade. 1996; 5 (1): 101-119.

Napolitano AA, Haonat AI, Emin RMB. O direito ambiental e suas implicações na saúde humana. Rev de Direito Sanitário. 2003; 4 (3): 95-106.

Nogueira MA. Os direitos sociais como causas cívicas. Rev Saúde e Sociedade. 2002; 11 (1): 15-24.

Noronha J. Uma agenda para a pesquisa urbana para os anos 90: saúde, meio ambiente e pobreza.

Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. Rev Saúde e Sociedade. 2004; 13 (2): 56-69.

Organização Panamericana da Saúde - OPAS. Atenção Primária Ambiental. Washington, D.C.; 2000.

Pedalini LM. Conferências e conselhos de saúde e o controle social. Rev de Direito Sanitário. 2003; 4 (2): 60-62.

Pelicioni MCF. Educação ambiental, qualidade de vida e sustentabilidade. Rev Saúde e Sociedade. 1998; 7 (2): 19-31.

Pelicioni MCF. As interrelações entre a educação, saúde e meio ambiente. Biológico. 1999; 6 (2): 75-78.

Pelicioni MCF. Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Philippi Jr A, Castro ML, Salles CP, Gêiser SRA. Conselhos municipais de meio ambiente: uma estratégia para a participação social. In: Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública; 1999; Águas de Lindóia, BR. São Paulo: APSP; 2000. p. 315-323.

Philippi Jr A, Pelicioni MCF. Saúde e Agenda 21. Jornal da USP. 1999 jun 7-13; Especial – Meio Ambiente: 2.

Pignatti MG. A incorporação da temática ambiental nos estudos contemporâneos e na saúde e ambiente. *Rev Saúde e Ambiente*. 1998; 1 (2): 155-170.

Polanyi K. A grande transformação: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

Porto MFS. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD – Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 1998; 3 (2): 33-46.

Ribeiro H. Saúde pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1): 70-80.

Rua MG. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: Rua MG, Carvalho MIV, organizadoras. O estudo da política: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15; 1998.

Sá FO, Franco Netto G, Nascimento N, Tapajós A. A formulação da Política Nacional de Saúde Ambiental: avaliação do seminário. In *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006; Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2006.

Santos L. Meio ambiente e saúde: competências e intersetorialidade. Brasília; 2004. [Parecer Jurídico - consultado pela Organização Pan-Americana de Saúde].

Schwartz GAD. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. *Rev de Direito Sanitário*. 2001; 2 (1): 27-56.

Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (Sup): 243-253.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22 ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Silva JA. Aplicabilidade das normas constitucionais. 3 ed. São Paulo: Malheiros; 1985.

Silva JA. Curso de direito constitucional positivo. São Paulo: Malheiros; 2004.

Sobrinho LLP. Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista. Rio Grande do Sul: Ed da Universidade de Passo Fundo, 2003. Resenha de Lucatelli ME. *Rev de Direito Sanitário*. 2003; 4 (1): 118-121.

Souto, AC. Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil. São Paulo: Sobravime; 2004.

Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Rev Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (2): 5-19.

Tambellini AT *et al.* Subsídios ao plano diretor de saúde e ambiente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Coletiva. 2005; 13 (1): 295-316.

Tambellini AT, Câmara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 1998; 3 (2): 46-59.

Teixeira CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. Rev Saúde e Sociedade. 2004; 13 (1): 37-46.

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. 2 ed. São Paulo: A Biblioteca; 2006.

Vasquez ML, Silva MRF, Gonzalez ESC, Diniz AS, Pereira APC, Veras ICL, Arruda IKG. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (Sup): 141-155.

Viola E. Avaliação da sustentabilidade nas políticas públicas federais de saúde e ambiente no Brasil, 1995-99. Rev Saúde e Ambiente. 2001; 4 (1/2): 18-25.

ANEXO I

ANEXO II

PORTARIA N.º 2253, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2001

Dispõe sobre a criação da
Comissão Permanente de Saúde
Ambiental.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando as diretrizes do Sistema Único de Saúde referentes a saúde ambiental, estabelecidas na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a necessidade de integração e articulação permanente dos órgãos e áreas afins, resolve:

Art. 1º Instituir a Comissão Permanente de Saúde Ambiental, no âmbito do Ministério da Saúde, com as seguintes competências:

I - propor e acompanhar a Política de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde;

II - propor normas, ações e atividades para os diferentes órgãos do Ministério da Saúde, vinculados à saúde ambiental, considerando a vigilância ambiental e suas relações com a saúde do trabalhador, vigilância sanitária, engenharia de saúde pública e outras a elas relacionadas;

III - propor, acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Plano de Trabalho Plurianual de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde;

IV - orientar e acompanhar a participação de representantes do Ministério da Saúde e de seus Órgãos vinculados, nos fóruns, comitês e comissões ministeriais e interministeriais relacionados à saúde ambiental; e

V - acompanhar e avaliar a implementação do Termo de Compromisso em Saúde Ambiental celebrado com o Ministério do Meio Ambiente.

Art. 2º A Comissão será integrada por representantes, titulares e suplentes, a serem designados pelos dirigentes das seguintes unidades:

I - Gabinete do Ministro;

II - Secretaria Executiva;

III - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

IV - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ;

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

VI - Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, do Ministério da Saúde; e

VII - Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, do Ministério da Saúde.

§ 1º O representante da FUNASA exercerá a função de Coordenador da Comissão.

§ 2º Cabe à FUNASA a responsabilidade pela Secretaria-Executiva da Comissão, com as seguintes competências:

a) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

b) preparar os relatórios e atas das reuniões e fazer o acompanhamento das providências e encargos determinados pela Comissão; e

c) preparar a agenda e documentos necessários para realização das reuniões.

Art. 3º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, ou extraordinariamente, quando convocados por qualquer um de seus membros.

§ 1º A comissão estabelecerá o seu processo de tomada de decisão.

§ 2º A Comissão poderá constituir grupos de trabalhos, bem como contar com o apoio técnico de outros órgãos ou instituições.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO III

Primer

**TERMO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MINISTÉRIO DO MEIO
AMBIENTE-MMA E O MINISTÉRIO DA
SAÚDE-MS.**

O MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE-MMA, Órgão da Administração Federal direta, criado pela Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992, alterada pela Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998 e Medida Provisória nº 1.795, de 1, de janeiro de 1999, com sede em Brasília/DF, doravante denominado simplesmente MMA, CNPJ/MF nº 37.113.375/0002-98, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "B", 5. andar, Brasília/DF, neste ato representado pelo seu Ministro de Estado, JOSÉ SARNEY FILHO, brasileiro, divorciado, portador da Cédula de Identidade nº 418.758, SSP/MA, inscrito no CPF/MF sob o nº 147.374.183-15, residente e domiciliado em Brasília/DF, e o MINISTÉRIO DA SAÚDE-MS, órgão da Administração Federal Direta, CNPJ/MF nº 003.945.44/0127-87, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 5º andar, Brasília/DF, doravante denominado MS, neste ato representado por seu Ministro de Estado JOSÉ SERRA, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº 2.645.055, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 935.659.688-34, residente e domiciliado em Brasília/DF.

Considerando que numerosos problemas ambientais exigem análise e solução intersetorial;

Considerando o interesse do País em implementar políticas compatíveis com o desenvolvimento sustentável, de acordo com os preceitos da Agenda 21 Brasileira;

Considerando que a cooperação entre as partes resultará em benefícios da qualidade de vida e da saúde da população brasileira; e

Considerando, mais, que o momento atual requer o desenvolvimento e a implementação de medidas preventivas de saúde e de controle ambiental, firmam o presente Termo de Cooperação Técnica, sob as seguintes Cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Este Termo de Cooperação Técnica tem por objeto ampliar e manter a cooperação interministerial no tocante aos assuntos de saúde e meio ambiente, de modo a conjugar ações de ambos os Ministérios em benefício da saúde da população e da integridade do meio ambiente.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Cabe a ambos os Ministérios, de comum acordo, essencialmente

a) elaborar, executar, acompanhar e avaliar planos de trabalho plurianuais em matéria de saúde ambiental;

b) estudar, analisar e adotar providências de controle de fatores do ar, da água e do solo que guardem relação com a saúde humana e a influenciem.

8

c) monitorar e adotar métodos de avaliação da qualidade ambiental que tenham repercussão na saúde humana;

d) organizar bancos de dados sobre saúde e meio ambiente necessários ao cumprimento deste Termo de Cooperação;

e) elaborar planejamento de contingências ambientais e respostas a situações emergenciais;

f) promover avaliação de impacto ambiental e seus riscos sobre a saúde humana; e

g) desenvolver programas de formação, capacitação, treinamento e de educação em saúde ambiental.

h) *Desenvolver e Promover*

Sub-Clausula Unica -A cooperação prevista nesta Clausula pode estender-se a outras areas de interesse comum de ambos os Ministerios.

CLÁUSULA TERCEIRA -DA FORMA DE COOPERAÇÃO

A forma de cooperação para atendimento do disposto da cláusula anterior pode incluir informações sobre política, programas, ações e estudos sobre os pontos ali enunciados, mediante a elaboração de projetos conjuntos, intercâmbio de especialistas, técnicos e estudantes, reuniões interministeriais, simpósios, publicações conjuntas e outras formas de cooperação a serem acordadas entre ambos os Ministérios.

CLÁUSULA QUARTA -DAS RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Estabelecidas as prioridades e o plano de ação, serão delimitados, por convênio específico, de acordo com a vontade das partes envolvidas, as responsabilidades, competências e encargos destas na execução dos respectivos projetos bem como as metodologias de operação.

CLÁUSULA QUINTA -DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Cooperação Técnica tem a duração de quatro anos sendo automaticamente prorrogado por mais quatro anos, salvo se uma das partes denunciá-lo.

CLÁUSULA SEXTA -DA ALTERAÇÃO

Este Termo pode ser alterado, mediante o consentimento de ambos os Ministérios.

CLÁUSULA SÉTIMA -DA RESCISÃO

Os participantes podem, de comum acordo, denunciar ou rescindir o presente Termo de Cooperação, mediante notificação escrita com antecedência mínima de sessenta dias.

CLÁUSULA OITAVA -DA PUBLICAÇÃO

O MMA providenciará à sua conta a publicação, por extrato, deste Termo de Cooperação, no Diário Oficial da União, no prazo de vinte dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA NONA -DO FORO

Fica eleito o Foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, para dirimir litígios oriundos deste Termo, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

09

E por estarem de acordo, as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas que também o subscrevem.

Brasília, 07 de NOVEMBRO de 2001.

Conferiu com o Original
assinado pelas partes.

JOSE SARNEY FILHO
Ministro de Estado do Meio Ambiente
Ministro do Meio Ambiente

JOSE SERRA
Ministro de Estado da Saúde

TESTEMUNHAS

Nome: OTAVIO AZEVEDO MERCADANTE
CPF: 041.394.618/53
CI: 2.585.712-5 - SSP/SP

Nome: MARISA ZERBETO
CPF: 870.404.508-44
CI: 8.671.313 - SSP/SP

ANEXO IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública
Pesquisa: Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: o caso da Política Nacional de Saúde Ambiental.
Aluna: Fabiana de Oliveira Sá
Orientadora: Maria Cecília Focessi Pelicioni

Pergunta 1

Quais são os obstáculos da intersetorialidade entre saúde e meio ambiente?

Pergunta 2

O que você entende por integração de Políticas Públicas?

Pergunta 3

Quais os desdobramentos da COPASAD? E Porque não se efetivou o Plano Nacional de Saúde e Meio Ambiente de 1995?

Pergunta 4

Porque o Plano antecedeu a Política?

Pergunta 5

Como e quando se iniciou o processo de construção da PNSA?

Pergunta 6

Quem foram os atores envolvidos na elaboração da primeira proposta de PNSA/1999?

Pergunta 7

Em que contexto estava sendo discutida a PNSA/1999? (contexto político, ideológico, econômico e social)

Pergunta 8

Quais foram as dificuldades encontradas naquele contexto para a consecução do texto da PNSA/1999?

Pergunta 9

De 1999 para 2005 quais foram os principais avanços no processo de discussão do novo texto? A que ou quem vc atribui essa evolução?

Pergunta 10

Quais desafios se colocam agora no novo momento de discussão da PNSA/2005?

Pergunta 11

Qual órgão deverá ficar a cargo de implementar a PNSA/2005?

Pergunta 12

Há a necessidade da criação de um órgão gestor interministerial, como no caso da PNEA- 9.795/99

Pergunta 13

Você acredita ser viável a realização de uma conferência interministerial de saúde ambiental com ênfase na discussão da proposta de política?

Pergunta 14

Em sua opinião deverá ser apresentado Projeto de Lei no Congresso Nacional?

Pergunta 15

Como está inserida a PNSA nas grandes metas do Governo Lula?

ANEXO V

Universidade de São Paulo- USP
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Prática de Saúde

Entrevista Semi- Estruturada

Termo de Consentimento Esclarecido

Esta entrevista faz parte dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa "Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: O caso da Política Nacional de Saúde Ambiental". Trata-se de parte da metodologia utilizada nesta pesquisa para obtenção do grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Será garantido o anonimato do (a) entrevistado e a confidencialidade das informações. A pesquisadora se compromete a esclarecer todas as dúvidas acerca da pesquisa, assim como divulgar os resultados para a autarquia no término da mesma. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos.

Eu, GUILHERME FRANCO NETTO declaro, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora Fabiana de Oliveira Sá, que consinto em participar desta pesquisa, estando ciente de que, com minha orientação, a entrevista será gravada.

Brasília, 14 de dezembro de 2005.

Guilherme Franco Netto

Fabiana de Oliveira Sá

ANEXO VI

Universidade de São Paulo- USP
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Prática de Saúde

Entrevista Semi- Estruturada

Termo de Consentimento Esclarecido

Esta entrevista faz parte dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa "Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental". Trata-se de parte da metodologia utilizada nesta pesquisa para obtenção do grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisadora se compromete a esclarecer todas as dúvidas acerca da pesquisa, assim como divulgar os resultados no término da mesma. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos.

Eu, ANAMARIA TESTA TAMBELLINI, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora Fabiana de Oliveira Sá, que consinto em participar desta pesquisa, estando ciente de que, com minha orientação, a entrevista será gravada, podendo ser publicada posteriormente.

Brasília, 26 de junho de 2006.

Anamaria Testa Tambellini

Fabiana de Oliveira Sá

ANEXO VII

Universidade de São Paulo- USP
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Prática de Saúde

Entrevista Semi- Estruturada

Termo de Consentimento Esclarecido

Esta entrevista faz parte dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa "Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: o caso da Política Nacional de Saúde Ambiental". Trata-se de parte da metodologia utilizada nesta pesquisa para obtenção do grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisadora se compromete a esclarecer todas as dúvidas acerca da pesquisa, assim como divulgar os resultados no término da mesma. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos.

Eu, JACIRA CANCIO declaro, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora Fabiana de Oliveira Sá, que consinto em participar desta pesquisa, estando ciente de que, com minha orientação, a entrevista será gravada, podendo ser publicada posteriormente.

Brasília, 02 de junho de 2006.

Jacira Cancio

Fabiana de Oliveira Sá

ANEXO VIII

Universidade de São Paulo- USP
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Prática de Saúde

Entrevista Semi- Estruturada

Termo de Consentimento Esclarecido

Esta entrevista faz parte dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa "Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental". Trata-se de parte da metodologia utilizada nesta pesquisa para obtenção do grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisadora se compromete a esclarecer todas as dúvidas acerca da pesquisa, assim como divulgar os resultados no término da mesma. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos.

Eu, WANDER GERALDO DA SILVA, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora Fabiana de Oliveira Sá, que consinto em participar desta pesquisa, estando ciente de que, com minha orientação, a entrevista será gravada, podendo ser publicada posteriormente.

Brasília, 06 de junho de 2006.

Wander Geraldo da Silva
Fabiana de Oliveira Sá

ANEXO IX

Universidade de São Paulo- USP
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Prática de Saúde

Entrevista Semi- Estruturada

Termo de Consentimento Esclarecido

Esta entrevista faz parte dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa "Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental". Trata-se de parte da metodologia utilizada nesta pesquisa para obtenção do grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisadora se compromete a esclarecer todas as dúvidas acerca da pesquisa, assim como divulgar os resultados no término da mesma. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos.

Eu, MARCIO ANTONIO MARIANO DA SILVA declaro, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora Fabiana de Oliveira Sá, que consinto em participar desta pesquisa, estando ciente de que, com minha orientação, a entrevista será gravada, podendo ser publicada posteriormente.

Brasília, 06 de junho de 2006.

Marcio Antonio Mariano da Silva

Fabiana de Oliveira Sá

ANEXO X

Universidade de São Paulo- USP
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Prática de Saúde

Entrevista Semi- Estruturada

Termo de Consentimento Esclarecido

Esta entrevista faz parte dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa "Políticas Públicas Integradas de Saúde e Meio Ambiente: o processo em construção da Política Nacional de Saúde Ambiental". Trata-se de parte da metodologia utilizada nesta pesquisa para obtenção do grau de mestre na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisadora se compromete a esclarecer todas as dúvidas acerca da pesquisa, assim como divulgar os resultados no término da mesma. Os dados aqui coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos.

Eu, MARIA JOSÉ SALLES, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora Fabiana de Oliveira Sá, que consinto em participar desta pesquisa, estando ciente de que, com minha orientação, a entrevista será gravada, podendo ser publicada posteriormente.

Brasília, 06 de junho de 2006.

Maria José Salles

Fabiana de Oliveira Sá

ANEXO XI

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental

**SUBSÍDIOS PARA CONSTRUÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL**

BRASÍLIA, JUNHO DE 2006

"Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração deste modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano das vidas das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável".

Sergio Arouca, O Pasquim, 21, nº 28, 20 de agosto de 2002.

RESUMO EXECUTIVO

Este documento traz subsídios para a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental. Esta Política deverá contribuir para proteger e promover a saúde humana por meio de um conjunto de ações integradas com instâncias de governo e da sociedade civil para fortalecer atores sociais e indivíduos no enfrentamento dos determinantes sócio-ambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a ambientes adversos. Sendo assim, este documento versa sobre os processos de construção, interlocução, princípios, diretrizes e instrumentos cabíveis a tal política.

O conceito de Saúde Ambiental é trabalhado de forma ampliada e pensado a partir da Reforma Sanitária, entendendo-a como processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional, em um contexto de democratização, em prol da promoção e da proteção à saúde dos cidadãos, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e de um ambiente ecologicamente equilibrado em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, Sistema Nacional de Meio Ambiente - SISNAMA, Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos - SINGRH e outros afins.

Para a efetivação da Política Nacional de Saúde Ambiental são sugeridas algumas linhas de atuação: (1) a estruturação e o fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental; (2) a construção de agendas intersetoriais integradas; (3) o fomento à promoção de ambientes saudáveis; (4) o estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em Saúde Ambiental; (5) a construção de um Sistema de Informação Integrado em Saúde Ambiental.

A construção de ações intra-intersetoriais é o eixo central para a formulação da Política Nacional de Saúde Ambiental, pois dessa forma pode-se compatibilizar os procedimentos da vigilância em saúde ambiental, que estão em desenvolvimento no Sistema Único de Saúde - SUS, com aqueles praticadas por outros setores, para que sejam potencializados os recursos disponíveis, e evitada a superposição de ações e os conflitos de mandatos entre instituições.

A Política Nacional de Saúde Ambiental se construirá por meio de articulação, sinergia e integração das ações já empreendidas por várias instâncias de governo situadas em diversos ministérios, bem como por meio das iniciativas efetuadas pela sociedade civil, para que ao longo do tempo vá se conformando como uma sólida "Política Pública Integrada" de governo legitimada socialmente pela pactuação de uma "Agenda Integrada de Saúde Ambiental".

SUMÁRIO

Resumo Executivo

Apresentação

1. Introdução

1.1. Abrindo o caminho para um novo ciclo do SUS

1.2. Antecedentes

1.3. Base legal

1.4. Saúde Ambiental

1.5. Desafios

1.6. Justificativa

1.7. Objetivo

2. Para construir pontes intersetoriais

2.1. Contexto brasileiro

2.2. Desafios da governabilidade

2.3. Determinantes para construir a interlocução setorial

3. Princípios e diretrizes

4. Linhas de atuação

4.1. Estruturação e fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental

4.1.1. Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental

4.1.2. Cooperação internacional

4.1.3. Fontes de financiamento

4.2. Construção de agendas integradas em Saúde Ambiental;

4.3. Fomento à promoção de ambientes saudáveis;

4.4. Produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em Saúde Ambiental

4.5. Disseminação da informação e utilização dos meios de comunicação para prevenção e promoção da saúde

4.6. Estratégias e articulação institucional

5. Responsabilidades, competências e atuações conjuntas

6. Acompanhamento e avaliação

7. Estratégias para elaboração do texto da Política Nacional de Saúde Ambiental

8. Estratégias para implementação do texto da Política Nacional de Saúde Ambiental

9. Referências

1. INTRODUÇÃO

1.1. Abrindo caminho para um novo ciclo do SUS

O desenvolvimento da referência conceitual da interface entre saúde e ambiente, com o intuito de implementar uma política de saúde ambiental, recoloca na ordem do dia, a necessidade de "aprimoramento" do atual modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a agenda da promoção da saúde seja compreendida numa dimensão em que a construção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo. Busca-se compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo. É necessária e urgente a adoção de uma prática de saúde voltada para os determinantes e condicionantes da saúde, a partir da qual se poderia construir mais um novo ciclo do SUS.

O perfil de saúde da população brasileira no quadro atual está composto por três cenários principais, todos eles condicionados por diferentes contextos sócio-ambientais. O primeiro deles revela, predominantemente, doenças cardiovasculares e neoplásicas (respectivamente primeira e terceira causas de óbito), cuja tendência crescente nos últimos dez anos acompanha o envelhecimento da população. Esta situação se torna possível na medida em que estas expressões mórbidas são consideradas como efeito de condições genéticas, de vida e trabalho vivenciadas por estas populações, principalmente aquelas expostas a determinados poluentes ambientais. O segundo cenário é conformado pelas doenças infecto-parasitárias, nitidamente determinadas também pelas condições sócio-ambientais. As chamadas causas externas compõem o terceiro cenário que englobam os acidentes e violências. Pode-se dizer, que estes três cenários constituem-se como acontecimentos sócio-ambientais produtores de traumas, lesões e doenças.

Sendo assim, o Ministério da Saúde – MS, no âmbito de sua competência, precisa colaborar na construção de políticas públicas intersetoriais, na perspectiva do marco constitucional, considerando que a atenção com o ambiente não deve estar somente dentro

do setor ambiental, e que por sua vez, a saúde, deve ser um elemento fundamental no processo de tomada de decisões de outras políticas como a de trabalho e emprego, transportes, educação, ciência, tecnologia, economia, indústria, meio ambiente, desenvolvimento urbano e cultura, entre outras.

A exploração da interface entre saúde e ambiente, sob o marco da sustentabilidade, compreende a instituição de uma política que expresse a multiplicidade de forças interativas geradas em torno da promoção do bem-estar e da saúde humana. No âmbito das políticas públicas, no atual arranjo das atribuições no Governo Federal, este campo se relaciona diretamente com pelo menos cinco ministérios: saúde, meio ambiente, trabalho e emprego, cidades e educação.

Desta forma, iniciativas para o desenvolvimento sócio-econômico, realizadas em parceria, propiciarão uma visão sistêmica de "co-responsabilidade". As comunidades e indivíduos engajados pela promoção do desenvolvimento podem fortalecer os vínculos institucionais, com processos de pactuação coletivos e democráticos.

Esta abordagem, que possui implicação para o setor saúde, assim como, para outros setores da atividade pública e privada, foi considerada na elaboração desses subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental para o Brasil.

Vale dizer a este respeito que, em consonância com o documento do Ministério da Saúde "Políticas de Saúde – Metodologia de Formulação", entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos.

1.2. Antecedentes

No início do século XX¹ têm início discussões de temas ambientais de interesse nacional e internacional que resultaram em ações concretas dentro do Brasil e nos primeiros acordos entre países. Entre os eventos a enfatizar, podemos citar o 1 Congresso Internacional para a Proteção da Natureza realizado em Paris, em 1923, e como acordo internacional, o Tratado Antártico, de 1959. Outras conferências ocorreram, e em 1968

¹ Desde o século XIX já haviam convenções entre as ex-colônias na África. Entre elas, em relação à caça predatória.

surgiu a necessidade de promover um encontro entre países visando obter formas de controle da poluição do ar e da chuva ácida, dois problemas ambientais que estavam inquietando as populações dos países centrais da Europa.

A questão ambiental então já em agenda dos grandes temas internacionais e a decisão pelo encontro entre países, resultou na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, realizada em 1972, em Estocolmo, na Suécia. Cabe ressaltar que outros eventos influenciaram o corpo desta Conferência. Entre eles a Mesa Redonda de "Especialistas em Desenvolvimento e Meio Ambiente", realizada em Founex na Suíça em 1971, onde foram lançadas as bases para o conceito de Desenvolvimento Sustentável e a divulgação do Relatório do Clube de Roma².

No campo do setor saúde, pode se destacar uma grande mudança de ótica proveniente dos resultados obtidos em estudos realizados na região dos Grandes Lagos, situados na divisa entre Canadá e EUA, que culminou em 1974 na publicação do Relatório Lalonde, apontando a importância do viés ecossistêmico na avaliação e criação de ambientes saudáveis. A partir de então, iniciou-se a formação, entre os profissionais de saúde, de uma nova mentalidade, integrando uma abordagem mais holística e consciência ecológica no trato das questões afetas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

A Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde de 1978 realçou este novo pensamento de caracterização do processo saúde-doença, incorporando as dimensões sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas como componentes indispensáveis às ações e serviços de saúde.

Neste compasso, a I, II e III Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, realizadas em 1986, 1988 e 1991, em Ottawa, Adelaide e Sunsvall, respectivamente, representaram um grande avanço na sedimentação das novas propostas e disseminação global das mesmas.

No Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária revelou-se em um grande marco de mudanças paradigmáticas das práticas de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 inspirou os constituintes de 88, estimulando as alterações da estrutura

² Os Limites do Crescimento, ou Relatório *Meadows*, em 1973.

jurídico-institucional e ampliação do conceito de saúde vigentes, considerando esta como resultante das condições de vida e do meio ambiente dos povos.

Outro destaque, a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento - CMMAD instituída, em 1983, teve o objetivo de reavaliar o tema de forma inter-relacionada com o desenvolvimento, e de formular estratégias de ação com vistas a uma Agenda Global para mudança de paradigma. Em 1987, essa Comissão apresentou um relatório final, intitulado "Nosso Futuro Comum", que passou a constituir a referência no âmbito internacional, para a organização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento - CNUMAD, que foi realizada no Rio de Janeiro, em junho de 1992.

Esta Conferência, maior encontro de Representações de Estado até então, propiciou o comprometimento dos países em uma série de acordos coletivos firmados entre as representações governamentais e não-governamentais dos quais se destacam: a Convenção das Nações Unidas sobre Diversidade Biológica, a Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas, a Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento e a Agenda 21. Outros acordos e convenções internacionais foram negociados na oportunidade como a Convenção das Nações Unidas de Combate à Desertificação e Mitigação dos Efeitos da Seca.

Na Agenda 21, além do Capítulo 6, que trata do tema "Proteção e Promoção das Condições da Saúde Humana", diversos outros capítulos abordam os vínculos existentes entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento. Considerada como instrumento orientador, propõe ações também para o setor saúde, em conjunto com outras medidas destinadas a promover o desenvolvimento sustentável, sob a ótica do desenvolvimento social e econômico estável, a fim de garantir às gerações presentes e futuras, qualidade de vida e preservação dos ecossistemas.

A inter-relação entre saúde e ambiente também pautou a reunião dos Chefes de Estado do continente ibero-americano, em 1993, e a Cúpula das Américas em 1994, realizadas, respectivamente, em Salvador e em Miami.

No Brasil, as iniciativas para a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental se iniciaram em 1994, com o processo preparatório para a Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável - COPASAD. Neste contexto,

foi criado por meio de portaria uma Comissão Intraministerial, visando subsidiar o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) na elaboração do primeiro documento oficial inter-relacionando as áreas de saúde e ambiente, qual seja o Plano Nacional de Saúde e Ambiente. Este processo contou com ampla participação de especialistas, gestores e representantes de usuários, culminando com a produção de dois textos realizada pelo Ministério da Saúde, em 1995 e 1999, que se constituíram nos principais marcos referenciais para a elaboração da presente proposta.

Em 1995, em Washington, o Brasil representado pelos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente, aderiu à Carta Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável. Esse documento define princípios políticos e estratégicos comuns a serem adotados pelos países das Américas. Como decorrência, o Ministério da Saúde vem participando do processo da Reunião de Ministros de Saúde e Meio Ambiente das Américas, que ocorreu em 2002 em Ottawa, Canadá e em 2005 na Cidade de Mar Del Plata, Argentina.

Durante a Cúpula Extraordinária das Américas (Monterrey, México), em janeiro de 2004, foi divulgada a Declaração de Novo Leon que afirma: *“Cremos que assegurar a saúde ambiental das nossas populações constitui um investimento para o bem-estar e a prosperidade de longo prazo. Sentimo-nos estimulados pela nova parceria entre os Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas e recomendamos que elaborem uma agenda de cooperação para prevenir e minimizar os impactos negativos no meio ambiente e na saúde humana”*.

1.3. Base legal

A referência normativa relativa à saúde ambiental no País encontra-se expressa na Constituição Federal de 1988, através dos seguintes artigos:

- Art. 23, incisos II, VI, VII e IX, que estabelece a competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de cuidar da saúde, proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das

foi criado por meio de portaria uma Comissão Intraministerial, visando subsidiar o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) na elaboração do primeiro documento oficial inter-relacionando as áreas de saúde e ambiente, qual seja o Plano Nacional de Saúde e Ambiente. Este processo contou com ampla participação de especialistas, gestores e representantes de usuários, culminando com a produção de dois textos realizada pelo Ministério da Saúde, em 1995 e 1999, que se constituíram nos principais marcos referenciais para a elaboração da presente proposta.

Em 1995, em Washington, o Brasil representado pelos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente, aderiu à Carta Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável. Esse documento define princípios políticos e estratégicos comuns a serem adotados pelos países das Américas. Como decorrência, o Ministério da Saúde vem participando do processo da Reunião de Ministros de Saúde e Meio Ambiente das Américas, que ocorreu em 2002 em Ottawa, Canadá e em 2005 na Cidade de Mar Del Plata, Argentina.

Durante a Cúpula Extraordinária das Américas (Monterrey, México), em janeiro de 2004, foi divulgada a Declaração de Novo Leon que afirma: *"Cremos que assegurar a saúde ambiental das nossas populações constitui um investimento para o bem-estar e a prosperidade de longo prazo. Sentimo-nos estimulados pela nova parceria entre os Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas e recomendamos que elaborem uma agenda de cooperação para prevenir e minimizar os impactos negativos no meio ambiente e na saúde humana"*.

1.3. Base legal

A referência normativa relativa à saúde ambiental no País encontra-se expressa na Constituição Federal de 1988, através dos seguintes artigos:

- Art. 23, incisos II, VI, VII e IX, que estabelece a competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de cuidar da saúde, proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das

condições habitacionais e de saneamento básico, além de combater a poluição em qualquer de suas formas e preservar as florestas, a fauna e a flora;

- Art. 196, que define a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido 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;
- Art. 200, incisos II e VIII, que fixa, como atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS –, entre outras, a execução de "ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador" e "colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho";
- Art. 225, no qual está assegurado que "todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações";

A Lei nº 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, destaca como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, *a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*; salienta que *os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País*. (art. 3º). Acrescenta ainda que dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (art. 3º, § único).

Ao definir, no art. 6º, o campo de atuação do SUS, inclui as ações inerentes à vigilância sanitária; à vigilância epidemiológica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido, o trabalho; o controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, entre outras.

Em 1997, o Ministério da Saúde formulou o projeto VIGISUS com o objetivo, dentre outros, de estruturar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental de

acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, definindo com maior clareza o papel da vigilância em saúde ambiental no que toca aos fatores que podem acarretar riscos à saúde humana. A estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil começa a institucionalizar-se a partir do Decreto n.º 3.450, de 09 de maio de 2000, que assegura a sua implantação em todo território nacional.

A Lei nº 10.683/03, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, atribui como uma das competências do Ministério da Saúde a *saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e índios* (art. 27, XX, c).

De acordo com o Decreto nº 4.726/2003, que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, compete à Secretaria de Vigilância em Saúde coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo ambiente de trabalho (art. 29, I, b).

A Instrução Normativa SVS/MS n.º 1, de 7 de março de 2005 estabeleceu o Sub-Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental - SINVSA e definiu os níveis de competência das três esferas de governo na área de vigilância em saúde ambiental, o que vem sendo estruturado de forma gradativa no país. Tal normatização define o ambiente de trabalho como objeto de vigilância, de forma complementar à Instrução Normativa de Vigilância à Saúde do Trabalhador, aprovada pela Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Essa tem como objetivo instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância, nas secretarias estaduais e municipais, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenções sobre os processos e os ambientes de trabalho.

Também a Portaria nº 777 de, 28 de abril de 2004, é um importante instrumento para a vigilância ambiental, ao definir os agravos relacionados à saúde do trabalhador como de notificação compulsória em rede sentinela de serviços de saúde. As intoxicações exógenas por substâncias químicas, abrangendo os agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados estão incluídas na lista. Vale ressaltar ainda, a Portaria 3.908/98 - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - que trata das responsabilidades do SUS, nos três níveis de gestão, no campo da Saúde do Trabalhador.

Vale ressaltar ainda, a importância das Lei 8.142/90, que trata da participação e controle social por meio das conferências e conselhos de saúde; do Estatuto da Cidade -

Lei 10.257/01 -, que estabelece as diretrizes gerais da política urbana; da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, do art. 5º da Constituição Federal, que reza sobre os direitos individuais e coletivos; da Medida Provisória 261/05, que abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Previdência Social e Saúde e por fim, das políticas nacionais de saneamento, educação ambiental, recursos hídricos, resíduos sólidos e outras que perpassam a temática da saúde ambiental.

Ante ao exposto, é de convir-se que o marco normativo que entrelaça as questões da saúde às condições ambientais já existe, precisando agora compor o próximo passo, de efetivação, o que garantirá a continuidade estrutural objetiva. A sedimentação do conceito que produzirá ação e diálogo entre as instancias políticas envolvidas, precisa ser instituída com o comprometimento na construção da política.

Até agora, a interseção entre as competências exercidas pelos ministérios envolvidos (saúde, meio ambiente, trabalho e emprego, educação, cidades, ciência e tecnologia, cultura, etc.), ainda não deixa clara as atribuições de cada um. Entretanto, há o ensaio de um movimento conjuntural, com grupos interministeriais e câmaras técnicas em conselhos, que envolvem os vários atores para formatação de instrumentos norteadores e em composição de instâncias favorecedoras e promotoras da implementação desta política.

A própria Política Nacional do Meio Ambiente afirma que o seu objetivo é a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar a proteção da dignidade da vida humana. O interesse do legislador em proteger o meio ambiente liga-se intrinsecamente à necessidade de garantir a vida e a sua qualidade, prevenindo riscos de toda sorte, uma vez que a desordem do meio ambiente em algum grau gerará uma desordem na saúde individual e coletiva, com demarcação difícil de prever.

Cabe aqui então, abrir possibilidades, firmar acordos, reavaliar a estrutura institucional, para a partir da saúde ambiental construir espaços que favoreçam a sinergia, a articulação e a integração destas áreas afins.

1.4. Saúde Ambiental

O campo da saúde ambiental compreende a área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e a formulação de políticas públicas e as correspondentes

intervenções (ações) relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade.

Conforme entendimento acordado no I Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental, realizado em outubro de 2005, trata-se de um campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares, voltadas aos reflexos, na saúde humana das relações eco-geo-sociais do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, a qualidade de vida e a sustentabilidade, que orienta políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível e com participação e controle social.

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem implementando um Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental em todo o País, visando aprimorar um modelo de atuação no âmbito do SUS, e constituindo competências que visam implementar ações onde a relação entre saúde humana, degradação e contaminação ambiental é constatada.

Outras instâncias de governo também fazem interface importante com questões de saúde ambiental. As pastas da área econômica se aproximam do tema saúde ambiental nos projetos de desenvolvimento, e a leitura cuidadosa de programas e projetos de outros ministérios como educação, cidades, ciência e tecnologia, trabalho e emprego, agricultura, planejamento e gestão, relações exteriores, desenvolvimento indústria e comércio, desenvolvimento social e combate à fome, integração nacional, transportes, defesa, justiça e cultura, encontrará conexões com a área de saúde ambiental.

Há cada vez mais demandas e problemas de saúde relacionados com o meio ambiente que pedem resolução dos gestores estaduais e municipais do SUS, o que está ocasionando cada vez mais o estabelecimento de parcerias do governo federal com órgãos e instituições em suas respectivas áreas de abrangência, e dentro dos limites das respectivas competências.

A Vigilância em Saúde Ambiental, braço operativo dessa política, consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Ampliando-se o conceito de saúde como uma prática social é possível perceber a interdependência entre indivíduos, organizações, e grupos populacionais e os conflitos decorrentes de sua interação com o meio ambiente. É forçoso reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre sujeitos, precisam ser, urgentemente, resgatadas. Há que se compreender, ainda, que promoção da saúde não é, apenas, um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde de grupos populacionais específicos. Têm-se, portanto, que disseminar a diversidade de possibilidades existentes para preservar e aumentar o nosso potencial de saúde por meio da promoção da saúde.

Vale destacar aqui, a importância da Comissão Permanente de Saúde Ambiental – COPESA, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde e instituída pela Portaria Ministerial nº 1.931/2003, como fórum intrasetorial de discussão, harmonização, formulação, acompanhamento e avaliação de políticas relacionadas à saúde ambiental.

Além disso, a construção de políticas públicas que expressem, desde suas origens, o interesse em assegurar o direito pleno à saúde, também devem ser fomentadas nos níveis estaduais e municipais.

Produzir saúde, contudo, não é exclusividade do setor saúde. Estudos indicam que os resultados na saúde da população através da melhoria na educação, no transporte, na coleta e destino dos resíduos, na cultura, no esporte, no lazer, na defesa da qualidade ambiental, etc, são muito mais intensos e duradouros do que aqueles propiciados pela prestação de serviços assistenciais.

Dessarte, faz-se imprescindível a construção de uma forte agenda intersetorial para que o SUS avance na construção – plural – de “espaços saudáveis” para assegurar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Fóruns como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Brasileira; a Comissão Interministerial de Saneamento e Meio Ambiente vinculada ao Conselho Nacional de Saúde; o Grupo Interministerial de Saúde do Trabalhador; a Comissão Nacional de Segurança Química; o Conselho Nacional de Recursos Hídricos – CNRH; o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA; o Conselho Nacional das Cidades – ConCIDADES; e o Conselho Nacional de Defesa Civil

são exemplos de instâncias intersetoriais onde o Ministério da Saúde deve estar presente de forma qualificada. Além disso, outras comissões e/ou conselhos podem ser estruturados para dar conta dos problemas de saúde e ambiente.

Constata-se ainda, que as ações intra e intersetoriais não devem ser vistas como exclusivas de governo. É uma diretriz que deve ser "apropriada" pelas diversas formas de articulações políticas. Assim, a agenda política de saúde e ambiente deve também ser construída e aperfeiçoada a partir de iniciativas comuns que possam surgir nas instâncias de controle e participação social, tais como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, e gestões integradas entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Nacionais de Meio Ambiente, de Recursos Hídricos, Defesa Civil, das Cidades, para citarmos alguns exemplos. Iniciativas e articulações da sociedade, como já se observa, têm buscado aproximar as preocupações da questão ambiental com a questão da saúde, como é o caso de mobilizações da sociedade frente à poluição das águas e a exposição humana decorrente da contaminação química ambiental, sugerindo um novo conceito de justiça ambiental.

O fortalecimento da democracia assegurou aos cidadãos a prerrogativa de participar na elaboração e implementação das políticas públicas, por meio da participação em audiências públicas e da integração em órgãos colegiados, e consistiu no dever do poder público de promover a saúde coletiva, e prover as condições indispensáveis ao pleno exercício deste direito fundamental do ser humano, constitucionalmente tutelado, que é a saúde. Convém reforçar que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

A participação pode ocorrer, também, por intermédio da utilização de mecanismos judiciais e administrativos de controle dos diferentes atos praticados pelo poder público, tais como as ações populares, ações civis públicas, mandado de segurança coletivo, ação de inconstitucionalidade por omissão, mandado de injunção, dentre outros instrumentos legais existentes.

Nesse sentido, a construção e a implementação da Política Nacional de Saúde Ambiental deve se dar a partir de uma ampla articulação com diversos segmentos, em especial, com os movimentos sociais, de forma dinâmica, com o objetivo de fortalecer esta agenda no âmbito dos canais formais da democracia. Assim, por meio dos instrumentos de

democracia direta se assegurará que iniciativas, como as redes solidárias, participem do processo de formulação, legitimação e validação desta política.

Citamos aqui alguns caminhos para se pensar processos de fortalecimento desta conjunção promotora da saúde: (1) estabelecer políticas públicas integradas; (2) promover a responsabilidade social; (3) criar ambientes saudáveis que apoiem o bem-estar humano; (4) influenciar políticas de desenvolvimento econômico que favoreçam ganhos em saúde; (5) fortalecer a ação social participativa para a saúde; (6) estimular o desenvolvimento das capacidades e dos potenciais de indivíduos e grupos populacionais (empoderamento social); (7) utilizar os meios de comunicação como veículo para a prevenção e promoção da saúde e (8) reorientar as práticas de saúde, contemplando também a promoção da saúde.

Enfim, trata-se de uma proposição voltada para estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, com o fortalecimento da co-responsabilidade e da participação da população na promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população.

1.5. Desafios

Os desafios a serem enfrentados permeiam toda a organização social, desde a produção, distribuição e consumo de bens e serviços até as formas de estruturação do Estado e seus aparelhos em suas relações com a sociedade, inclusive a sua cultura. A idéia de crescimento se transforma tendo em vista uma nova concepção de desenvolvimento. A incorporação de temas no trato da saúde pública, como degradação ambiental – poluição das águas, ar, solo – radiações ionizantes e não-ionizantes, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, substâncias químicas e seus efeitos à saúde da população apontam a capacidade de ativar e acelerar as mudanças pretendidas.

Para rearranjos organizacionais há de se estimular parcerias inovadoras e fomentar a criação de ambientes favoráveis para obtenção de resultados e potencializar a simbiose saúde-ambiente.

No campo da formulação teórico-conceitual, há necessidade urgente de aproximar os grupos acadêmicos, de pesquisa, com os profissionais da saúde ambiental, no sentido de “des-contruir”, “de-codificar”, “re-contruir” e problematizar a interface entre saúde e ambiente.

Do ponto de vista legal e normativo, apresenta-se a necessidade de explorar a temática de saúde e ambiente na perspectiva da criação de novos instrumentos, harmonização e potencialização do arcabouço jurídico-normativo, perpassando todas as áreas afetas.

Outro grande desafio se refere à qualificação técnica dos profissionais de saúde e das outras áreas envolvidas, para desenvolverem atividades neste campo. A experiência de institucionalização da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde – CGVAM/SVS/MS, aponta a necessidade de se contar com uma equipe multidisciplinar, integrada por especialistas de diversas áreas do conhecimento, bem como a necessidade de que estes profissionais estejam comprometidos, no plano individual e coletivo, à construção e implementação de políticas públicas que dêem respostas efetivas às demandas da sociedade.

No tocante ao controle social, além do destaque dos conselhos, novos mecanismos de participação da sociedade devem ser identificados, desenvolvidos e efetivados para garantirem a representatividade da população. Outro importante desafio é a necessidade de ampliação das parcerias com o Ministério Público Federal e Estaduais, visando o aprimoramento e a ampliação dos mecanismos de avaliação e controle social.

Resta ainda o desafio de identificar prioridades, construir agendas, criar oportunidades, alocar recursos, na esteira da visão ecossistêmica da saúde e com base na ética humana e ecológica; bem como aprimorar e atualizar os processos de atenção, vigilância, gestão, educação e sistematização de informação em saúde para assegurar a execução de projetos, programas e ações concretas e oportunas que possibilitem a materialização de uma política nacional de saúde ambiental, que se traduza em promoção da qualidade de vida e da defesa do ambiente.

A saúde pode trabalhar de forma preventiva e integrada na determinação de políticas públicas saudáveis e, pontualmente, evitar gastos para o SUS e danos à população oriundos de empreendimentos potencialmente poluidores.

Por fim, é necessário expressar no cotidiano, que os esforços precisam estar voltados para a construção de um processo que fortaleça a democratização da sociedade brasileira e a implementação do conceito ampliado de saúde conquistado pela moderna reforma sanitária brasileira, com um novo arranjo institucional caracterizando uma meta-

política, com os muitos setores compromissados e envolvidos para o bem-estar humano e a saúde do planeta.

1.6. Justificativa

O momento histórico brasileiro exige políticas públicas de saúde, preocupadas com a pobreza, produzida pelo desequilíbrio na distribuição da renda, e adequadas ao enfrentamento do processo de degradação ambiental, que está relacionada à transformação não sustentável de recursos naturais, à dependência energética de fontes não renováveis, à geração de resíduos, e à freqüente exposição humana a substâncias e agentes químicos presentes na produção de bens e serviços para a sociedade. Assim, há a necessidade da atuação conjunta no nível intra e interministerial, abrangendo o setor saúde, meio ambiente, agricultura, ciência e tecnologia, trabalho e emprego, cidades, fazenda, minas e energia, educação, esporte, cultura, integração, desenvolvimento agrário, e outros órgãos de interesse, para ações sanitárias promocionais e preventivas, que visem minimizar impactos e garantir a sadia qualidade de vida da população, com a sensibilização da comunidade em todo o processo.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde propõe, a definição de uma Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) e chama ao diálogo as principais instâncias de governo e da sociedade para uma atuação integrada.

1.7. Objetivo

Pelos motivos já enunciados, a Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) tem como objetivo precípua proteger e promover a saúde humana e colaborar na proteção do meio ambiente, por meio de um conjunto de ações específicas e integradas com instâncias de governo e da sociedade civil organizada para fortalecer sujeitos e organizações governamentais e não governamentais no enfrentamento dos determinantes sócio-ambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a ambientes adversos, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população sob a ótica da sustentabilidade.

Pode ser considerado outrossim, como propósito da PNSA, promover a saúde humana e ambientes saudáveis por meio da integração de políticas públicas: agregando e apoiando atores, soluções e interesses; fomentando ações em nível internacional, regional, estadual e municipal; cooperando técnica e financeiramente com outros atores; fomentando e buscando bases e pesquisas científicas para atuar; criando mecanismos de avaliação de impactos à saúde relativos a projetos, opções e ações de desenvolvimento.

2. PARA CONSTRUIR PONTES INTERSETORIAIS

2.1. Contexto brasileiro

Os modelos econômicos adotados pelo Brasil não têm levado em conta prioritariamente a saúde e o ambiente. Esse modelo de desenvolvimento perpetua alguns processos produtivos inadequados que provocam danos evitáveis à saúde humana e ao meio ambiente. Ainda coexistem atualmente, no Brasil, relações e processos de trabalho primários ao mesmo tempo em que se difundem processos produtivos com riscos tecnológicos complexos, que incorporam tecnologias nucleares, químicas, biológicas e biotecnológicas.

Padrões de desenvolvimento não-sustentáveis vem favorecendo a degradação ambiental ao mesmo tempo em que afetam o homem, sua qualidade de vida e seu estado de saúde, por intermédio de alterações significativas no meio natural e destruição de diversos ecossistemas, que levam a mudanças nos padrões de distribuição de doenças e nas condições de saúde dos diferentes grupos populacionais.

A presença do Estado brasileiro, no que se refere as políticas públicas voltadas para infra-estrutura urbana, especialmente, serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e do gerenciamento dos resíduos sólidos e águas pluviais ainda não atingiu um patamar adequado.

O impacto e as alterações ambientais têm sido em grande parte avaliadas e acompanhadas por órgãos e entidades voltadas para o meio ambiente, tendo sido observado que a tecnologia empregada e os métodos prevalentes não atingiram as medidas necessárias e suficientes no que se refere à defesa da saúde, que, via de regra, recebe atenção

secundária na conformação política atual. O tratamento transdisciplinar e a articulação interinstitucional, nesta área, são fundamentais. Estudos e pesquisas realizados, como os dos efeitos da poluição do ar sobre a saúde, ou dos benefícios do abastecimento de água tratada sobre as melhorias nos indicadores de saúde infantil, e o mapeamento de áreas contaminadas indicando população sob risco de exposição, são alguns exemplos da importância dessa interface.

A proposta de construção da área de Saúde Ambiental no Brasil necessita de uma política específica, uma meta-política, que considere a amplitude de variáveis que não cabem ao setor saúde, ou a qualquer outro, controlar ou interferir de forma isolada, além de elementos de contexto, como os aspectos políticos da gestão regional e local de recursos e serviços, e as relações da saúde ambiental com os diversos modos de vida da população brasileira e com o crescimento de grandes cidades e metrópoles.

2.2. Desafios da governabilidade

O desafio para o século XXI não está apenas em ordenar a produção e a distribuição de bens e serviços, mas também em organizar em torno de um projeto comum as energias, os recursos, as capacidades e potencialidades de sujeitos e organizações sociais.

Os mecanismos tradicionais de governo são insuficientes para a consecução deste novo intento. Políticas externas em continuidade ao norteamento dado pela Agenda 21 acordaram esforços de comprometimento entre países com declarações, tratados, convenções e outros, que buscam padrões de desenvolvimento que diminuam as disparidades sociais, por meio da condução de políticas públicas que persigam a sustentabilidade.

Alguns instrumentos internacionais são balizadores do estabelecimento de prioridades em nível global, entre eles podemos citar: as metas do milênio (ODMs); o Decênio das Nações Unidas da Água (2005-2015); e a Declaração e o Plano de Ação de Johannesburgo.

Em nível regional, a Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados criou duas Comissões Intergovernamentais: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (CISAST), e Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades (CIGRRV), que

podem desempenhar um papel importante no estabelecimento de prioridades e políticas regionais.

Todas estas políticas externas concordam de que há de se utilizar arquiteturas sociais de articulação, envolvendo e relacionando diferentes categorias de atores de governo, incluindo as organizações não-governamentais e as representações da sociedade civil, estimulando cada vez mais a ampliação do processo participativo.

Um conjunto de conceitos e estratégias de governabilidade tem sido proposto em resposta aos desafios oriundos desta conjunção. Como de maior importância, as questões sobre o tema abordado, não prioriza propriamente os meios técnicos e científicos e nem mesmo os recursos financeiros e humanos que fazem falta ao mundo atual. O processo acentua a capacidade de combinar todas estas variáveis e orientar a ação assegurando o pleno desenvolvimento individual e coletivo em busca de um desenvolvimento ativo de novos saberes e competências.

Isto significa não apenas, o cumprimento ético e transparente da função pública e dos princípios constitucionais da saúde, do meio ambiente, da educação, do trabalho, das cidades, ou de outra política setorial, mas o objetivo de buscar organizar em torno de um projeto comum a sinergia entre os diversos atores na formulação e execução das políticas públicas.

A construção de agendas intersetoriais transversais no intento de constituir esforços voltados para o enfrentamento de problemas sócio-ambientais, no Brasil, tem sido objeto de muitas políticas públicas elaboradas ou em elaboração como: a Política Nacional de Meio Ambiente, a Política Nacional de Educação Ambiental, a Política Nacional de Saneamento Ambiental, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Recursos Hídricos, a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, a Política Nacional de Promoção da Saúde, etc., além dos instrumentos de implementação como o Estatuto das Cidades que estabelece diretrizes gerais da política urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental.

Outro processo importante, relacionado aos propósitos da Agenda 21 é o da Promoção da Saúde, uma política orientadora de iniciativas e programas que contribuam para a criação e valorização de ambientes, cidades e municípios saudáveis.

2.3. Determinantes para construir a interlocução setorial

A transdisciplinaridade, ou mesmo a construção interdisciplinar permite a aproximação com a integralidade dos problemas. Os segmentos de implementação de políticas têm se preocupado em utilizar categorias que permitam a integração e envolvimento dos vários aspectos relacionados: territórios, espaços de bacias, corredores, fronteiras, entre outros. Estas categorias quando tratadas como entes com sua história, cultura, característica, predisposição, etc., possibilitam a percepção resultante da relação entre a natureza e o desenvolvimento do processo social.

Sendo assim, as potenciais transformações do ambiente, de forma sucessiva, com determinantes técnicos e políticos, ou mesmo por hábitos com boas ou más formações, podem responder à situação de saúde ambiental encontrada.

Para enfrentamento deste quadro, seja qual for a dimensão, considera-se fundamental a inclusão e qualificação da participação popular e do controle social. Trata-se de condição necessária para o atendimento ao princípio da justiça social e da ética. A participação da sociedade é um pressuposto importante das relações horizontais em todos os processos de investigação, planejamento, ação e avaliação no campo da saúde, de um modo geral, e em especial no tratamento das questões ambientais que oferecem riscos para a qualidade da vida humana.

Para isto, as abordagens metodológicas para serem consistentes, precisam constituir-se em processos abertos, decorrentes de diálogos estabelecidos entre os atores sociais envolvidos nas questões em jogo. Entende-se que este é um caminho efetivo para cuidar dos problemas sócio-ambientais, reconhecendo que é necessário, em favor da ética, flexibilidade para tratar os processos do nível local, com a construção de um modelo de gestão criativo para os graves problemas que afligem a população.

A proteção e a promoção da saúde humana, a preservação do meio ambiente, e a continuidade a caminho da sustentabilidade é aqui sugerida como o pressuposto nucleador desta ação comunicativa entre setores distintos para a formulação de uma agenda comum em saúde ambiental construindo um marco referencial - a Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) - para que sirva como eixo integrador e articulador da ação dos distintos setores envolvidos.

3. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Na elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental devem ser considerados, as diretrizes e princípios do SUS, lidos sob a ótica da saúde ambiental. As primeiras referem-se à descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação popular. Correspondem aos segundos: universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; conjugação os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados e Municípios; capacidade de resolução dos serviços; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Também, para conceber e instituir a Política Nacional de Saúde Ambiental, há necessidade de incorporar à saúde novos princípios e instrumentos do direito ambiental nacional e internacional, especialmente aqueles derivados da Eco-92, como, o "princípio do direito humano fundamental", o da "precaução", o do "poluidor pagador" e o da "cooperação".

No que se refere aos princípios, é preciso reconhecer que as peculiaridades do direito ambiental implicam em uma série de princípios que é diversa daquela que, usualmente, informa o direito sanitário tradicional. Aqueles, estão essencialmente voltados para a finalidade básica de proteger a vida em todas as suas formas e garantir um padrão de existência digno para os seres humanos desta e das futuras gerações (sustentabilidade do planeta), bem como de conciliar os conceitos - promoção da saúde e o direito a um ambiente ecologicamente equilibrado - com aquele da sustentabilidade. Portanto, reconhece o ser humano como parte integrante da natureza.

O direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado é um direito humano fundamental, assim como o direito à saúde. Dele decorrem todos os outros princípios do direito ambiental.

2.3. Determinantes para construir a interlocução setorial

A transdisciplinaridade, ou mesmo a construção interdisciplinar permite a aproximação com a integralidade dos problemas. Os segmentos de implementação de políticas têm se preocupado em utilizar categorias que permitam a integração e envolvimento dos vários aspectos relacionados: territórios, espaços de bacias, corredores, fronteiras, entre outros. Estas categorias quando tratadas como entes com sua história, cultura, característica, predisposição, etc., possibilitam a percepção resultante da relação entre a natureza e o desenvolvimento do processo social.

Sendo assim, as potenciais transformações do ambiente, de forma sucessiva, com determinantes técnicos e políticos, ou mesmo por hábitos com boas ou más formações, podem responder à situação de saúde ambiental encontrada.

Para enfrentamento deste quadro, seja qual for a dimensão, considera-se fundamental a inclusão e qualificação da participação popular e do controle social. Trata-se de condição necessária para o atendimento ao princípio da justiça social e da ética. A participação da sociedade é um pressuposto importante das relações horizontais em todos os processos de investigação, planejamento, ação e avaliação no campo da saúde, de um modo geral, e em especial no tratamento das questões ambientais que oferecem riscos para a qualidade da vida humana.

Para isto, as abordagens metodológicas para serem consistentes, precisam constituir-se em processos abertos, decorrentes de diálogos estabelecidos entre os atores sociais envolvidos nas questões em jogo. Entende-se que este é um caminho efetivo para cuidar dos problemas sócio-ambientais, reconhecendo que é necessário, em favor da ética, flexibilidade para tratar os processos do nível local, com a construção de um modelo de gestão criativo para os graves problemas que afligem a população.

A proteção e a promoção da saúde humana, a preservação do meio ambiente, e a continuidade a caminho da sustentabilidade é aqui sugerida como o pressuposto nucleador desta ação comunicativa entre setores distintos para a formulação de uma agenda comum em saúde ambiental construindo um marco referencial - a Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) - para que sirva como eixo integrador e articulador da ação dos distintos setores envolvidos.

3. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Na elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental devem ser considerados, as diretrizes e princípios do SUS, lidos sob a ótica da saúde ambiental. As primeiras referem-se à descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação popular. Correspondem aos segundos: universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; conjugação os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados e Municípios; capacidade de resolução dos serviços; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Também, para conceber e instituir a Política Nacional de Saúde Ambiental, há necessidade de incorporar à saúde novos princípios e instrumentos do direito ambiental nacional e internacional, especialmente aqueles derivados da Eco-92, como, o "princípio do direito humano fundamental", o da "precaução", o do "poluidor pagador" e o da "cooperação".

No que se refere aos princípios, é preciso reconhecer que as peculiaridades do direito ambiental implicam em uma série de princípios que é diversa daquela que, usualmente, informa o direito sanitário tradicional. Aqueles, estão essencialmente voltados para a finalidade básica de proteger a vida em todas as suas formas e garantir um padrão de existência digno para os seres humanos desta e das futuras gerações (sustentabilidade do planeta), bem como de conciliar os conceitos - promoção da saúde e o direito a um ambiente ecologicamente equilibrado - com aquele da sustentabilidade. Portanto, reconhece o ser humano como parte integrante da natureza.

O direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado é um direito humano fundamental, assim como o direito à saúde. Dele decorrem todos os outros princípios do direito ambiental.

O "Princípio da Precaução" informa que, com o fim de proteger o meio ambiente, os estados devem aplicar amplamente o critério de precaução conforme as suas capacidades. Quando haja perigo de dano grave ou irreversível, a falta de uma certeza absoluta não deverá ser utilizada para postergar-se a adoção de medidas eficazes em função do custo para impedir a degradação do meio ambiente.

Nesse sentido, o Princípio da Precaução é aquele que determina que não se produzam intervenções no meio ambiente antes de ter a certeza de que não serão prejudiciais à saúde humana e ao ambiente.

Portanto, não é o risco causado por uma determinada atividade que deve pautar a tomada de decisões de políticas públicas saudáveis, mas, sim, se aquele empreendimento é realmente necessário ou não, tendo em vista o bem-estar da coletividade.

O "Princípio do Poluidor Pagador" reforça a nossa atitude coletiva de precaução, pois busca evitar a ocorrência de danos ambientais. Ocorrido o dano, visa a sua reparação. O mesmo se dá com o princípio do usuário-pagador.

Já o "Princípio da Cooperação" não é exclusivo do direito ambiental, mas faz parte da estrutura do Estado Social. É um princípio de orientação do desenvolvimento político e de integração das políticas públicas, por meio do qual se pretende uma maior composição das forças sociais. Pressupõe uma atuação conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal, Municípios e, fundamentalmente, da sociedade na escolha de prioridades e nos processos decisórios. Adaptado à saúde ambiental, tem-se a terminologia mais adequada como "princípio da colaboração", que deriva diretamente da atribuição constitucional do SUS de *colaborar* na proteção do meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho.

Vale mencionar ainda, que a estruturação da PNSA, deve considerar também os princípios da sustentabilidade; da intersetorialidade; da transversalidade; da solidariedade; da ética e bioética; da justiça social e ambiental, da diversidade da vida; da cultura da paz; da historicidade; da equidade; das especificidades regionais e da responsabilidade sócio-econômica-ambiental.

Assim, os princípios do SUS devem ser atendidos e/ou compatibilizados com áreas que tenham envolvimento no processo de vigilância à saúde ambiental.

4. LINHAS DE ATUAÇÃO

Para concretizar o objetivo da Política Nacional de Saúde Ambiental sugere-se algumas linhas de atuação, que serão detalhadas abaixo:

- 4.1. Estruturação e Fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental;
- 4.2. Construção de Agendas Integradas de Saúde Ambiental;
- 4.3. Fomento à Promoção de Ambientes Saudáveis;
- 4.4. Estímulo à Produção de Conhecimento e Desenvolvimento de Capacidades em Saúde Ambiental;
- 4.5. Disseminação da informação e utilização dos meios de comunicação para prevenção e promoção da saúde; e
- 4.6. Articulação Institucional Estratégica.

Podemos frisar como importantes linhas de atuação: participação na construção e implementação de políticas públicas intersetoriais, de modo a colaborar na proteção e recuperação do meio ambiente e na melhoria da qualidade de vida; divulgação da PNSA, ampliando a participação da sociedade civil e de outros setores do governo; promoção da educação permanente em saúde ambiental para fortalecimento da participação social; financiamento de projetos locais sustentáveis; fomento ao desenvolvimento tecnológico; envolvimento da população e das diversas esferas do governo em torno do mesmo objetivo de concretizar a PNSA; monitoramento das ações implementadas; acompanhamento das proposições do legislativo; desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de saúde ambiental; formação de equipe multidisciplinar e capacitação dos técnicos, de modo que tenham uma visão holística; internalização de acordos internacionais relativos à saúde ambiental; promoção de cooperações técnicas internacionais, regionais, estaduais e municipais; fortalecimento das estruturas existentes; e promoção de grandes e permanentes campanhas educativas sobre lixo, águas, florestas, agrotóxicos, dentre outros.

4.1. Estruturação e Fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental

4.1.1. Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental

A vigilância à saúde considerando os aspectos ambientais implica na incorporação efetiva do conceito de "ecologia" e de "ecossistema" para a compreensão das relações entre saúde e ambiente. Trata-se de conceitos transversais, que auxiliam a ação integrada sobre as demandas sanitárias. Para isso, faz-se necessário uma compreensão de que há inter-relação entre todos os elementos que conformam o sistema de saúde, sobre o qual cabe a saúde pública intervir.

Deve ser ressaltado o cuidado para que as ações de vigilância não estejam voltadas apenas aos "agravos" identificados, decorrentes da exposição humana aos agentes nocivos no ambiente. Isto é, só cuidar do final do processo, dos efeitos. As avaliações de risco podem ser uma oportunidade para a promoção da saúde e da qualidade de vida, desde quando se utilizem métodos adequados à compreensão da complexidade dos fenômenos envolvidos na relação saúde-ambiente.

A vigilância em saúde ambiental tem especificidades próprias e, ao mesmo tempo interfaces com a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, laboratórios de saúde pública, e saneamento ambiental, como áreas de intervenção organizadas no âmbito do SUS, e ainda, como já dito anteriormente, que perpassam por muitos outros Ministérios.

É necessário introduzir a perspectiva sistêmica nas avaliações de riscos ambientais para a saúde. O Princípio da Precaução, ao ser incorporado à vigilância da saúde humana poderá orientar as ações em situações de incerteza ou de insuficiências de conhecimento científico, dada a complexidade de certos problemas.

A proposta da vigilância em saúde ambiental deixa em aberto os desafios da construção conceitual, ao mesmo tempo que busca a ação integrada segundo os princípios da Constituição Federal, do SUS, da Agenda 21, da carta dos Direitos Humanos e de todas as convenções e tratados concernentes, firmados pelo estado brasileiro.

Para implementação das ações é necessária uma estrutura organizada em todos os níveis da atenção à saúde, não bastando apenas a atenção básica. É preciso criar, de acordo com o diagnóstico territorial dos riscos e dos ecossistemas, referências técnicas para investigação e ações de maior complexidade.

A realização de avaliação de dados ambientais será promovida e desencadeada por meio de ações de monitoramento e vigilância ou mediante estudos que permitam a predição

das conseqüências para a saúde. Deverá ser assegurada a vigilância das enfermidades relacionadas com o meio ambiente, incluindo o do trabalho.

Os instrumentos de vigilância em saúde ambiental devem permitir a análise de informações relacionadas ao ambiente e à saúde e definir indicadores com o objetivo de prevenir e atender a ocorrência dos agravos à saúde.

A participação junto às áreas responsáveis pelo desenvolvimento econômico governamental é uma iniciativa que deverá ser empreendida de forma sistemática pela vigilância em saúde ambiental. Assim, atenção especial será concedida à prevenção dos riscos ambientais decorrentes de projetos de desenvolvimento promovidos por diversos setores, de maneira que contemplem ações dirigidas ao desenvolvimento sustentável, à diminuição das iniquidades e à melhoria dos ambientes e da qualidade de vida.

A participação da Vigilância em Saúde Ambiental deve ser incorporada de forma técnica e qualitativa nos processos de negociações e na implementação dos instrumentos internacionais os quais possuam interfaces com saúde e ambiente. A organização da participação nos fóruns internacionais faz com que a implementação destes compromissos possa ser feita de forma mais homogênea e coordenada no âmbito nacional.

Nesse sentido, o arcabouço normativo e de regulação atinentes às questões de saúde ambiental deverá ser reavaliado para compreender e identificar as eventuais inadequações ou lacunas da Política.

A avaliação referida configurará a base desse processo de normalização dos aspectos que são considerados essenciais à saúde da população. Dentre esses aspectos, destaca-se a possibilidade concreta de eliminação de risco, o estabelecimento de limites de exposição humana aos fatores de risco ambiental e a regulamentação do processo de comunicação destes riscos à população, tendo em conta as susceptibilidades inerentes aos diferentes grupos populacionais.

A questão das desigualdades sociais e territoriais, na problemática das doenças e acidentes, tanto em relação ao trabalho como os relacionados com a organização e ocupação do espaço são elementos importantes a serem considerados pelas vigilâncias no contexto brasileiro. Questionar o que o ser humano está fazendo com o meio ambiente e consigo próprio é como fazer a ação mobilizadora e transformadora da nocividade

ambiental em prol da saúde são questões que impulsionam a consciência coletiva para uma vigilância à saúde que se articula com o ambiente.

A Vigilância em Saúde Ambiental deverá ser implementada, nos estados, municípios e no Distrito Federal, por meio da estruturação do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) compreendendo, prioritariamente, os seguintes programas de vigilância em saúde relacionados à: água para consumo humano, solo, ar, desastres naturais, acidentes tecnológicos, substâncias químicas, ambientes de trabalho, fatores físicos, fatores biológicos³ e os mecanismos de gestão técnicos, legais e políticos que os viabilizem. Para tanto, o setor público deverá proporcionar, nos três níveis de gestão do SUS, infra-estrutura adequada e recursos para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde ambiental.

4.1.2. Cooperação internacional

No âmbito da saúde ambiental, é cada vez mais clara a importância da cooperação, tanto entre atores nacionais como com atores que influenciam o quadro internacional. Essa visão decorre em grande parte da consciência de que riscos à saúde, à semelhança dos riscos ao ambiente, não respeitam fronteiras nacionais. Reconhecidamente, problemas ambientais podem causar ou agravar impactos à saúde. Isso não significa, contudo, que a saúde possa ser vista como mero parâmetro de avaliação da qualidade ambiental. Politicamente é estratégico ressaltar a importância da saúde como um bem coletivo em si e que atuar apenas sobre o ambiente não resolve as questões de saúde decorrentes de sua degradação. Na verdade, do ponto de vista da Saúde, cabe agir sobre aspectos ambientais como mais um fator que afeta a qualidade de vida e de saúde das populações.

Cooperação em sentido restrito diria respeito apenas ao intercâmbio entre países com base na troca de informações ou conhecimentos em projetos ou programas específicos. Essa visão limitada não faz, contudo, jus ao problema que enfrentam países em desenvolvimento, particularmente o Brasil. Um pesado arcabouço jurídico de regras internacionais vem sendo construído na área ambiental que, sem o devido monitoramento e discussão poderá inviabilizar ações na área da saúde ambiental ou criar obrigações

excessivamente onerosas com resultados questionáveis. Dessa forma, o conceito de cooperação internacional deve ser considerado num sentido ampliado, envolvendo posicionamentos, subsídios técnicos e debates de temas que afetarão a saúde a partir de aspectos ambientais.

Tendo em vista o trabalho que já vem sendo desenvolvido pelo ministério da saúde nesse sentido, a necessidade de contar com uma base técnica de argumentação é imperativa. A determinação de posições nacionais representa o primeiro passo para a articulação de visões comuns entre parceiros do hemisfério sul e com outros países em desenvolvimento para atuação política conjunta em foros externos. Da mesma forma, constitui a definição das condições reais para avaliar o nível de comprometimento que se poderá assumir junto a mecanismos internacionais.

Linhas de atuação, a partir de políticas nacionais consistentes, facilitarão o trabalho de negociadores e a defesa de posições do interesse do setor saúde, a serem refletidas em ações de colaboração com os demais países por meio de projetos ou programas sejam eles multilaterais ou bilaterais. Uma gama importante de questões que demandam harmonização interna estarão em discussão também externamente de modo que os parâmetros de uma política de saúde ambiental favoreçam a condução desse debate junto aos demais órgãos de governo e junto à sociedade de forma a garantir a legitimidade da contribuição do setor à formulação de posicionamentos da política externa.

Nesse exercício, será da maior relevância que o setor saúde: a) reconheça seu espaço exclusivo nas discussões sobre a relação saúde e ambiente em nível internacional; b) atue a partir dos interesses e necessidades do setor, colocando claramente sua posição diante dos demais setores de governo; c) aproveite as oportunidades disponíveis para promover a capacitação nacional em torno das questões de saúde ambiental; d) promova interação e ofereça cooperação, na medida de sua capacidade, a países em desenvolvimento, como forma adicional de encontrar pontos comuns de interesse; e) leve aos organismos internacionais de saúde posição coerente com as que defende nos foros ambientais.

¹ No âmbito do SUS, a vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos fatores biológicos é exercida pelos respectivos programas de controle de doenças transmissíveis.

4.1.3. Fontes de Financiamento

Para a discussão da questão do financiamento do Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental, no âmbito do SUS, deve ser considerada, ainda, outras áreas do Ministério da Saúde (MS) que desenvolvem ações de Saúde Ambiental, tais como Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS (CGLAB e CGVEP, Promoção da Saúde); Fundação Nacional de Saúde (DENSP, DESAI); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (GGTOX, GGALI, GGTES, CGPAF); Secretaria de Atenção a Saúde (DAB, COSAT); INCA; Secretaria Executiva do MS (DATASUS); Fundação Oswaldo Cruz (Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente, INCQS, ENSP).

As ações de saúde e ambiente apresentam um orçamento de composição fragmentada no âmbito do Ministério da Saúde, que se reflete nos dados relativos à sua execução orçamentária. Conforme uma avaliação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) comparando dados deste Ministério referentes ao ano de 2002, com a execução de outros órgãos, programas, projetos, ações e recursos destinados a programas e ações que envolvem o ambiente não foram gastos com efetividade, sendo que as razões dessa baixa performance precisam ser analisadas.

Os recursos de saneamento, no âmbito do MS, ainda são centralizados no nível federal. O repasse de recursos ocorre geralmente por meio de convênios com estados e não por meio de transferência fundo a fundo.

As ações de vigilância em saúde ambiental não possuem um financiamento específico e estão compostas no PPA, PAT e PPI. Os recursos do Projeto VIGESUS compõem um empréstimo internacional do Banco Mundial, para a organização dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental para o país. Neste sentido, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, sob a coordenação da CGVAM/SVS/MS, deve ser estruturado com recursos do Tesouro Nacional, incluindo quadro próprio de trabalhadores em saúde.

Dessa forma, algumas estratégias e ações para garantir a efetividade e articulação da área de saúde ambiental do SUS podem ser elencadas:

- Financiar ações de interesse coletivo de caráter estratégico, visando a promoção e proteção da saúde das populações e de seu ambiente. Recursos diretamente do Tesouro Nacional devem ser alocados para garantir essas ações;
- Analisar o componente fixo e variável do PAB com elaboração clara dos procedimentos das ações de saúde ambiental, que possibilite o repasse de recursos específicos para o seu desenvolvimento;
- Propor que a Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS analise a composição do orçamento relacionado às ações de saúde ambiental e de saneamento que está fragmentada em diversos órgãos, programas e ações do MS, refletindo uma análise histórica e propondo um rearranjo, do qual devem integrar as ações de saneamento, de vigilância em saúde ambiental, de vigilância sanitária, de saúde do trabalhador e de promoção da saúde;
- Definir procedimentos específicos para a vigilância em saúde ambiental visando o financiamento de suas ações no âmbito do SUS;
- Propor que para fins de financiamento, as ações de saneamento ambiental no âmbito do SUS, precisam ser compreendidas como o conjunto de ações que tem por objetivo alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental para a melhoria das condições de saúde das populações urbanas e rurais que consistem, entre outros, no controle da qualidade da água, do solo, do ar, de áreas de risco para desastres naturais, de reservatórios e de vetores de doenças transmissíveis;
- Considerar as iniciativas da área de saúde do trabalhador nessa construção;
- Propor que as ações de saúde ambiental componham as ações da atenção básica e tenham níveis secundários de referência, alocados segundo estudos que levem em consideração a vulnerabilidade dos territórios, ecossistemas, riscos, cadeias produtivas, sendo portanto de responsabilidade do conjunto de órgãos do SUS em articulação com outros setores;
- Discutir de forma integrada a legislação do SUS no sentido de observar o componente ambiental como parte da integralidade das ações de saúde.

4.2. Construção de Agendas Integradas em Saúde Ambiental

A construção de ações intra e intersetoriais são um dos eixos centrais da Política Nacional de Saúde Ambiental, pois dessa forma busca-se a compatibilização dos procedimentos da vigilância em saúde ambiental, que estão em desenvolvimento no SUS, com aquelas praticadas por outros setores, para que sejam potencializadas e somadas as competências e os recursos disponíveis, evitando a superposição de ações e os conflitos entre instituições governamentais.

Outras políticas e outros setores também poderiam ser citados trazendo maior grau ainda de complexidade ao campo, como por exemplo, a Marinha, cuidando de recursos do mar; os minerais, sob responsabilidade do Ministério de Minas e Energia; os agrotóxicos, também, registrados e fiscalizados pelo Ministério da Agricultura; o patrimônio cultural a cargo do Ministério da Cultura, etc.

No processo de concretização da Vigilância em Saúde Ambiental é importante consolidar e ampliar os espaços institucionais de discussão da saúde ambiental como comissões, comitês, conselhos, grupos de trabalho e formação de redes. Trabalhar na perspectiva dos comitês/comissões comunitárias que inserem a questão da participação e do controle social no processo de construção da vigilância é aspecto fundamental para sua efetividade.

No caso da interface com a área de saúde do trabalhador, ações conjuntas estão definidas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador, por meio da estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST.

A construção de processos que captem a pluralidade de perspectivas para a efetivação de plataformas comuns de ação, mesmo que temporárias, podem lançar as bases para a conformação de uma "Agenda Integrada de Saúde Ambiental" que reúna "talentos, energias e recursos" de distintos saberes e setores para uma ação conjunta mais permanente.

4.3. Fomento à Promoção de Ambientes Saudáveis

Ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis. As relações dos homens e a natureza ocorrem em ambientes que podem e devem ser favoráveis à saúde. O termo "ambiente" não incorpora, apenas, a dimensão física ou natural, mas também a social, a

cultural, a econômica e a política, sejam elas familiares, de trabalho, lazer, educação, consumo, produção, etc.

Conformar um "ambiente saudável" é colocar a qualidade da vida em foco nos locais onde as pessoas vivem, transitam, trabalham, buscam serviços públicos, praticam o seu lazer, etc., para além da função original da organização em questão, de forma participativa e articulada.

O termo "ambientes saudáveis" materializa-se de forma mais específica e com distintas escalas: metrópoles, cidades e municípios saudáveis, bairros saudáveis, ilhas saudáveis, locais de trabalhos saudáveis, escolas saudáveis, mercados saudáveis, parques saudáveis, habitações saudáveis, etc.

Mais uma vez, em questão, o território, espaço concreto de inter-relação social, nas suas distintas escalas e dimensões, onde articulam-se os distintos atores para atuar sobre os distintos determinantes do processo saúde doença.

A participação dos diferentes atores sociais terá caráter flexível e será adequada à diversidade regional em termos ambientais, epidemiológicos, econômicos e culturais, levando-se em conta, ainda, as necessidades específicas de grupos vulneráveis e de áreas de difícil acesso.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, particularmente nas áreas de produção de energia, de alimentos, de bens de consumo, deve ser exercido para assegurar benefícios para a saúde das populações. É essencial capacitar as pessoas no seu viver cotidiano para lidar com sua saúde e enfrentar os momentos de adoecimento. Esta tarefa pode ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho, em espaços comunitários, etc. As ações podem partir de organizações governamentais, instituições educacionais, profissionais, comerciais e trabalho voluntário.

O fomento à promoção de ambientes saudáveis exige a elaboração, implantação e implementação de políticas públicas integradas e planejadas mediante a articulação e a interação de distintas pastas governamentais e setores da sociedade civil.

A construção de uma pedagogia de promoção da saúde ambiental necessita da construção de instrumentos e ações que não captem apenas o risco (agentes e dinâmica), a exposição (agente e susceptíveis) e os agravos (clínicos e adversos), mas também

protagonistas que ativamente preservam e que reconstruam de forma criativa, o espaço sócio-ambiental.

Entretanto, o estabelecimento de relações diretas de causalidade entre indicadores de exposição e de efeito causa confusão. É o que se observa, no estabelecimento e no uso de "Limites de Tolerância", de indicadores biológicos de exposição e efeito, os quais acabam por induzir respostas simplistas para problemas complexos, promovendo erros e omissões nas decisões relacionadas com a proteção da saúde.

No caso do setor saúde, sua contribuição mais significativa para o fomento à promoção de ambientes saudáveis se produz com: a adoção de princípios, tais como, o da "precaução" e do "poluidor-pagador"; o mapeamento de áreas com população sob risco de exposição a fatores de risco ambiental, a análise, o estabelecimento de limites de exposição e a possibilidade concreta de eliminação dos riscos a que estão submetidas as populações; reavaliação do arcabouço normativo e padrões relativos à saúde ambiental; o envolvimento da saúde no estabelecimento de critérios de qualidade ambiental; e ainda o apoio aos órgãos dos Poderes Legislativo, Judiciário e sociedade civil no que tange à saúde ambiental.

Sendo assim, a Política será favorecedora da saúde nos distintos ambientes de inter-relação humana se fortalecer potencialidades e capacidades de processos de defesa da vida; se compartilhar conhecimentos e informações; se aumentar a capacidade de mobilização cidadã; se fortalecer a autonomia de sujeitos; se enfrentar determinantes sócio-econômicos da degradação da vida e da saúde humana de forma integrada e articulada com um leque ampliado de atores, setores e conhecimentos.

4.4. Produção de Conhecimentos e Desenvolvimento de Capacidades em Saúde Ambiental

O ensino da saúde em sua articulação com o ambiente no Brasil ainda encontra-se em fase embrionária, o que pode ser verificado tanto pela baixa oferta de cursos nas instituições de ensino quanto pela pouco expressiva produção científica nesta área do conhecimento. No entanto, a lógica da produção de conhecimento não pode ficar restrita ao saber da academia, tem que se reconhecer que há também um saber popular.

à efetiva participação de representantes da comunidade nos diferentes fóruns e instâncias existentes localmente, voltados à definição e avaliação de ações, ampliará o controle social.

A promoção da sistematização de experiências, objetivando não só o seu reforço e ou ampliação, bem como a sua divulgação junto a outras comunidades com realidades semelhantes, deverá também ser incentivada.

O desenvolvimento e a capacitação de trabalhadores em saúde constitui-se numa diretriz que perpassará todas as demais definidas na Política Nacional de Saúde Ambiental. Configura-se como instrumento privilegiado e estratégico na consecução do propósito dessa política que possibilitará ao setor saúde dispor de pessoal em qualidade e quantidade, e cujo provimento adequado e oportuno é de responsabilidade dos três níveis de governo.

O enfoque da capacitação de recursos humanos será no desenvolvimento de competências e habilidades no campo das estratégias promocionais e das medidas preventivas para proteção da saúde pública contra riscos ambientais, aliadas à introdução de aspectos relacionados à saúde em outras políticas públicas e em empreendimentos econômicos.

Desta forma, os indivíduos e a comunidade tornam-se sujeitos e atores do processo educativo, que estimula continuamente a organização de ações coletivas e solidárias, incentivando e valorizando o diálogo, a criatividade e atitudes críticas, objetivando a busca de soluções para as questões de saúde que afetam as comunidades, em prol da melhoria da qualidade de vida.

4.5. Disseminação da informação e utilização dos meios de comunicação para prevenção e promoção da saúde

A área de saúde ambiental compreende ações de planejamento e de gestão para o controle das situações de risco e para a avaliação das intervenções. A disseminação da informação, utilizando os meios de comunicação para prevenção e promoção da saúde precisa estar inclusa no planejamento.

A mídia, pelo alcance necessário das iniciativas de controle ao risco sobre a saúde humana, deve ser requisitada e utilizada em prol da saúde ambiental.

Da mesma forma, requer-se um sistema de informação organizado e integrado para análise e comunicação, de forma ampla e articulada, que facilite a operacionalização da vigilância em saúde ambiental.

No âmbito do Ministério da Saúde uma questão limitante é como o arcabouço institucional fragmenta a vigilância à saúde e isto se repercute no SUS como um todo. A discussão sobre vigilância em saúde ambiental necessariamente precisa ser pensada na perspectiva de se identificar as interfaces das diferentes vigilâncias (ambiental, epidemiológica, em saúde do trabalhador, sanitária e laboratórios de saúde pública) para facilitar a ação integrada, especialmente no nível local. As diferenças entre as vigilâncias não se dão em relação às definições, pois estas são muito próximas, mas sim, do ponto de vista operacional e da instrumentalização das mesmas. Na verdade o que se faz necessário é o trabalho em sistemas integrados.

Sem precisar cair em uma interminável discussão epistemológica, deve-se optar por um encaminhamento prático para as ações que o Ministério da Saúde deve definir como sendo sua atribuição e que possa integrar, com outros setores governamentais e não-governamentais, uma verdadeira ação intersetorial, de cooperação, para as ações de responsabilidade que seriam assumidas, cada qual segundo sua competência institucional. Sendo assim, deve internalizar a dimensão ambiental em suas ações e na sua reflexão para possibilitar o diálogo com os demais setores.

Os espaços de desenvolvimento humano, isto é os territórios legítimos, submetidos a macro contextos e estruturados por micro contextos se localizam no nível local. Por essa razão, é onde se pode desenvolver a integração das ações de vigilância. Cada uma das vigilâncias setoriais possui atribuições na ponta do sistema de saúde. Nesse sentido, o papel do gestor local é estratégico e sua capacitação requer um esforço conjunto e definido no nível central do sistema de saúde.

Em relação à Vigilância em Saúde Ambiental, a constante discussão do próprio objeto e área de atuação está permitindo o direcionamento das futuras atribuições e fluxos lógicos e operacionais, prevendo a inclusão das bases de dados demográficos, informações afins incluindo as de saúde, e adoção de análises epidemiológicas e espaciais. Sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM/SVS, encontra-se a estruturação e integração dos diferentes sistemas de

informações para a vigilância em saúde ambiental, que objetivam a efetivação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

Uma das estratégias principais para efetivar este sistema de informação integrado está na participação na Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, onde se pactuam indicadores básicos para a saúde em todo o país. É fundamental a consolidação de instâncias como esta para a produção contínua e sistemática de informações referentes a indicadores de saúde ambiental acessíveis a toda a sociedade.

O estabelecimento de fluxo de informações, por meio das relações definidas legalmente entre as instituições, reuniões e debates técnicos, é exigido pela essência funcional dos sistemas de informação. Operação e funcionalidade centram a concepção dessas ferramentas, onde as previsões para inúmeras situações e o planejamento prévio aproximam a implantação de ações de prevenção, controle e remediação, à necessidade real. Desse modo, esforços e recursos destinados à manutenção das condições de saúde e identificação de riscos, podem ser otimizados no planejamento e execução das medidas pertinentes.

4.6. Articulação Institucional Estratégica

Para a efetiva implantação da Política Nacional de Saúde Ambiental é necessário garantir sua consolidação política, financeira, institucional e operacional.

Por consolidação política entende-se a garantia de sua implantação no âmbito do SUS, definindo o seu arcabouço teórico conceitual oficializado por instrumentos legais específicos, e legitimados pelos diversos fóruns de participação social, a saber, os conselhos de saúde das três esferas de governo, além das comissões intergestoras bi e tripartite.

Os recursos financeiros necessários para a execução da Política devem ser discutidos e definidos no âmbito dos diversos fóruns decisórios das políticas de saúde nas três esferas de governo e nas esferas das políticas de áreas afins.

A viabilização e a consolidação desta Política ocorrerão por meio de uma rede institucional e hierarquizada da vigilância em saúde, nas três esferas de governo, respeitadas as atribuições definidas nas legislações vigentes.

O papel do Ministério da Saúde será o de coordenação da Política Nacional de Saúde Ambiental na esfera nacional e de apoiar institucionalmente e financeiramente a execução das ações de vigilância em saúde ambiental pelos estados e municípios, nas suas respectivas esferas, respeitando a autonomia dos mesmos, e considerando suas características com relação a outros aspectos, a estrutura e práticas administrativas, demográfica, desenvolvimento econômico, sem abrir mão do exercício político intersetorial e de financiamentos instituídos pelas áreas afins.

Na operacionalização se aponta de forma geral as principais ações que precisariam ser desenvolvidas para a implementação da Política: (1) adequação e ampliação da capacidade institucional para a Vigilância em Saúde Ambiental; (2) fortalecimento de uma cultura participativa favorecedora de ambientes saudáveis; (3) identificação pactuada dos fatores de risco a saúde humana e prevenção de efeitos deletérios à saúde (4) fortalecimento da rede de laboratórios para Vigilância em Saúde Ambiental; (5) organização e fortalecimento dos sistemas de informação em saúde ambiental; (6) elaboração de normas e procedimentos relativos às ações de prevenção e controle de fatores de risco ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde; (7) gestão integrada em Saúde Ambiental; (8) definição das intervenções específicas nas situações de emergência; (9) avaliação, gerenciamento e comunicação de risco à saúde; (10) definição de indicadores de Saúde Ambiental; (11) implementação e internalização de Acordos Internacionais para a efetivação da Saúde Ambiental; (12) efetivação de mecanismos e instrumentos de educação permanente em saúde ambiental; e (13) desenvolvimento de mecanismos de cooperação técnica.

Mais ainda, para além da vigilância ambiental no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Ambiental deverá se constituir numa estratégia de articulação, sinergia e integração das ações já empreendidas por várias instâncias de governo situadas em outros Ministérios, bem como das iniciativas efetuadas pela sociedade civil.

5. RESPONSABILIDADES, COMPETÊNCIAS E ATUAÇÕES CONJUNTAS

As responsabilidades institucionais se constituem um conjunto de determinações ou ações decorrentes dos protocolos e acordos internacionais que o Brasil é signatário, e das competências e atribuições previstas na legislação nacional.

No trato das questões de saúde ambiental encontramos uma heterogeneidade de fatores e aspectos vinculados à saúde no contexto ambiental tornando-se indispensável a construção de uma articulação intra e intersetorial constante, que possibilite implementar esta Política.

A articulação intra-intersetorial deve ser um dos elementos fundamentais das ações de saúde ambiental nos diferentes níveis de governo, tendo o setor saúde, em especial a vigilância em saúde ambiental, a função de agente mobilizador e promotor das ações que são traduzidas em parcerias para a conjugação de esforços e de recursos, eliminando-se eventuais superposições de ações ou lacunas e potencializando os recursos públicos disponíveis.

No âmbito federal, o Ministério da Saúde vem buscando parcerias para o alcance desta política, com ênfase às pastas da área econômica possibilitando a inserção do tema saúde ambiental nos projetos de desenvolvimento sustentável. O desenvolvimento de parcerias deve contemplar as áreas de meio ambiente, saneamento, educação, ciência e tecnologia, trabalho e emprego, agricultura, pecuária e abastecimento, planejamento e gestão, relações exteriores, desenvolvimento indústria e comércio, desenvolvimento agrário urbano e rural, integração nacional, transportes, defesa, justiça, cultura, habitação e outras correlatas. Iniciativas similares deverão ser tomadas pelos gestores estaduais e municipais do SUS, aos quais cabe estabelecer as parcerias necessárias com os órgãos e instituições em suas respectivas áreas de abrangência.

A área de saúde ambiental deve criar mecanismos e ações estratégicas com as diferentes secretarias, agências, instituições de pesquisa, fundações e outros órgãos prestadores de serviços públicos e privados de assistência à saúde visando à promoção da saúde que relacionem os fatores ambientais como determinantes do adoecimento e mortes na população.

Sendo assim, nos seguintes setores se buscará estabelecer e manter efetiva cooperação, considerando as devidas responsabilidades, dentre outras eventuais atribuições conjuntas:

- **Ministério da Saúde** – formulando, implementando, acompanhando, avaliando, coordenando e articulando com outros setores a Política Nacional de Saúde Ambiental.
- **Ministério do Meio Ambiente** – mapeando, monitorando, controlando e combatendo focos de degradação e comprometimento ambiental; incluindo os aspectos de saúde no processo de licenciamento ambiental; considerando as diretrizes do Sistema Nacional de Saúde Ambiental; integrando o Sistema de Informação Integrado em Saúde Ambiental ao Sistema Nacional de Meio Ambiente - SISNAMA; harmonizando a aplicação das políticas e normas referentes a substâncias químicas; normalizando conjuntamente referências à qualidade da água e do solo, e poluição do ar; desenvolvendo ações conjuntas de promoção de ambientes saudáveis e implementação da Agenda 21; implantando temas relacionados a saúde ambiental junto aos programas de educação ambiental; assegurando a participação do setor saúde na implementação conjunta do Plano Nacional de Recursos Hídricos; desenvolvendo capacitação de recursos humanos; acompanhando os trabalhos do SGT-6 Mercosul e Reuniões de Ministros do Meio Ambiente, e acompanhando a implementação e internalização dos acordos internacionais ambientais com efeitos na saúde humana.
- **Ministério das Cidades** – cooperando com os programas e projetos que articulem as políticas públicas de planejamento municipal com a inserção do enfoque da saúde ambiental; visando a utilização mais racional do solo; desenvolvendo em parceria com a saúde programas de metrópoles, municípios e espaços saudáveis; desenvolvendo capacitação de recursos humanos; valorizando o uso de tecnologias limpas nas obras públicas; desenvolvendo o Plano Nacional de realocação populacional e Plano Nacional de Habitação; contemplando nas legislações setoriais e na avaliação de projetos de saneamento o enfoque da saúde ambiental; apoiando ações que garantam acesso à água potável e demais serviços de saneamento à toda população, assim como, atentando para o risco da habitação e efeitos do transporte na saúde.

- **Ministério do Trabalho e Emprego** – integrando as ações de vigilância ambiental que condicionam a saúde do trabalhador; construindo indicadores em parceria; harmonizando a aplicação das normas referentes à saúde do trabalhador; desenvolvendo capacitação de recursos humanos; viabilizando recursos para projetos e programas conjuntos do Fundo de Amparo ao Trabalhador; desenvolvendo estudos e pesquisas estratégicas; realizando campanhas de comunicação e processos educativos; garantindo métodos e processos de trabalho que promovam a saúde ambiental.
- **Ministério da Educação** – inserindo conteúdos referentes a saúde ambiental, como tema transversal, vinculado as disciplinas das grades curriculares em todos os níveis de ensino; estimulando desenvolvimento de estudos e pesquisas prioritárias para saúde ambiental; desenvolvendo capacitação de recursos humanos.
- **Ministério da Cultura** – Identificando, incentivando e popularizando os valores culturais referentes à saúde e ambiente.
- **Ministério da Integração** – harmonizando as políticas e ações de saúde ambiental às inerentes ao Sistema Nacional de Defesa Civil - SINDEC, visando a redução e a prevenção dos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, bem como a preparação, resposta, reconstrução e recuperação dos mesmos.
- **Ministério da Previdência Social** – tomando providências em relação ao reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho.
- **Ministério das Comunicações** - utilizando os meios de comunicação para educação e mobilização da sociedade em prol da saúde ambiental.
- **Ministério do Desenvolvimento Agrário** – desenvolvendo programas e inserindo o enfoque da saúde ambiental na agroecologia, saúde do trabalhador rural e da família assentada.
- **Ministério dos Transportes** – cuidando do transporte de produtos perigosos e incentivando políticas que utilizem meios de transporte menos poluentes e práticas que contribuam para a promoção da saúde.

- **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão** - garantindo recursos públicos do orçamento geral da União para a saúde ambiental; estabelecendo a utilização de material reciclado nos serviços públicos.
- **Ministério da Ciência e Tecnologia** - incentivando estudos e pesquisas estratégicas em saúde ambiental; criando linhas de financiamento para promoção de ambientes saudáveis, substituindo tecnologias impróprias; harmonizando a aplicação das normas referentes a radiações ionizantes; articulando junto ao Ponto Focal da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas; desenvolvendo capacitação de recursos humanos; incentivando o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde ambiental e visando a produção de equipamentos, produtos e serviços relacionados aos campos da saúde ambiental.
- **Ministério de Minas e Energia** - harmonizando a aplicação das normas referentes a radiação não-ionizantes; desenvolvendo capacitação de recursos humanos, avaliando junto à saúde, os impactos de projetos energéticos e a exploração de minas.
- **Ministério das Telecomunicações** - harmonizando a aplicação das normas referentes a radiação não-ionizantes; desenvolvendo capacitação de recursos humanos.
- **Ministério da Agricultura, Pecuária e do Abastecimento** - harmonizando a aplicação das normas referentes à utilização de tecnologias de agroquímicos e modificações genéticas; controlando a utilização e destinação final dos agrotóxicos e fertilizantes e desenvolvendo capacitação de recursos humanos.
- **Ministério da Previdência e Assistência Social** - atualizando conjuntamente a lista de doenças relacionadas aos impactos ambientais ao trabalho; ajudando a construção de sistemas de informação e indicadores pertinentes as áreas; integrando o trabalho da vigilância em saúde ambiental à perícia médica, a reabilitação profissional; estabelecendo critérios para definição de relação e avaliação da capacidade laborativa e desenvolvendo capacitação de recursos humanos.

- **Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior** – harmonizando normas referentes à importação, produção e distribuição de substâncias químicas e biológicos; integrando bases de dados com informações sobre estas atividades e desenvolvendo capacitação de recursos humanos; proibindo a implantação de indústrias poluidoras.
- **Ministério da Justiça** – dando ao consumidor o direito à informação; assegurando o respeito aos direitos humanos.
- **Ministério das Relações Exteriores** – solicitando e participando da elaboração de subsídios técnicos, quando em participação em debates sobre questões internacionais que envolvam Saúde e Ambiente, sob a responsabilidade da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde – AISA/MS e participando de reuniões com o tema da proteção das fronteiras contra danos ambientais.

Vale reforçar que compete a toda a sociedade civil propor, acompanhar, apoiar e avaliar a formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Ambiental.

No âmbito do Ministério da Saúde, compete à Secretaria de Vigilância em Saúde, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ou órgão equivalentes nos estados, no Distrito Federal e municípios, a gestão do componente federal, estadual, distrital e municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental conforme definido na Instrução Normativa SVS/MS n.º 1 de 7 de março de 2005 que regulamenta a Portaria GM/MS n.º 1.172/04, além da articulação de ações integradas com os outros setores, conforme rol exemplificativo acima.

É de responsabilidade do Governo Federal:

- Coordenar e executar, no âmbito de sua competência, as ações decorrentes da Política Nacional de Saúde Ambiental, assessorando as Secretarias Estaduais de Saúde na formulação de suas respectivas Políticas;
- Promover o processo de articulação intra e intersetorial, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Política;

- Garantir e apoiar o funcionamento da Comissão Permanente de Saúde Ambiental – COPESA e a Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA do Conselho de Saúde;
- Definir com estados e municípios, normas, parâmetros e indicadores de acompanhamento das ações de saúde ambiental;
- Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes da Política;
- Incorporar ações e procedimentos de saúde ambiental nos sistemas de vigilâncias epidemiológica e sanitária, bem como na assistência, segundo o seu âmbito de atuação;
- Incorporar a avaliação de ambientes e dos processos de trabalho no conjunto de ações desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Organizar e garantir a operacionalização da Sistema de Informação Integrado em Saúde Ambiental;
- Definir os agravos relacionados à saúde ambiental a ser investigada em todo território nacional e sua revisão periódica;
- Estabelecer a obrigatoriedade de investigação e vigilância aos óbitos causados por impacto ambiental;
- Definir e promover a implementação de capacitação de trabalhadores em saúde ambiental;
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas estratégicas em saúde ambiental;
- Promover a adequação institucional em conformidade com as diretrizes da Política e apoiar os estados, os municípios e o Distrito Federal a realizá-las;
- Estruturar e habilitar a área de vigilância em saúde ambiental nos laboratórios de saúde pública;
- Desenvolver estudos visando definição de critérios para implantação do Índice de Valorização de Resultados e de Valorização da Qualidade nas ações de saúde ambiental;
- Desenvolver estudos visando a definição de parâmetros de custo das ações de impacto do meio ambiente na saúde empreendidas na atenção básica, bem como procedimentos de média e alta complexidade;

- Promover a inclusão dos procedimentos de saúde ambiental nos tetos financeiros da vigilância epidemiológica e sanitária;
- Incluir indicadores de avaliação pertinentes à área de saúde ambiental no conjunto de pré-requisitos para habilitação municipal nas condições de gestão estabelecidas.

É de responsabilidade do Governo Estadual e do Governo Distrital:

- Elaborar, coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual e Distrital de Saúde Ambiental;
- Promover a articulação intra e intersetorial no âmbito estadual em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Política;
- Garantir e apoiar o funcionamento da Comissão Estadual e Distrital de Saúde Ambiental no âmbito do Conselho Estadual e Distrital de Saúde;
- Estabelecer, complementarmente, normas, indicadores e parâmetros para acompanhamento das ações da saúde ambiental desenvolvidas pelo estados, pelo Distrito Federal e municípios e avaliá-las;
- Prestar cooperação aos municípios para desenvolvimento das ações de saúde ambiental;
- Fomentar as ações de saúde ambiental nos municípios que não tenham condições técnicas e materiais de assumi-las;
- Desenvolver e incentivar práticas promotoras de saúde ambiental e processos ambientais saudáveis;
- Organizar e garantir a operacionalização do sistema de informações em saúde ambiental na devida área de abrangência;
- Definir a listagem de agravos relacionados aos impactos ambientais no estado, com notificação e investigação do estado;
- Definir a rede e os mecanismos de referência e contra-referência, incluindo estrutura especializada de apoio diagnóstico e laboratórios;
- Promover a capacitação de trabalhadores em saúde necessários à implementação da Política Nacional de Saúde Ambiental;

- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da Política em nível estadual ou distrital ou de abrangência do estado e Distrito Federal;
- Fomentar a reorganização institucional necessária à implementação da Política;
- Financiar ações de saúde do trabalhador em seu âmbito de atuação;
- Participar da definição de parâmetros de custo de ações de saúde ambiental compreendidas na atenção básica, bem como procedimentos de média e alta complexidade.

É de responsabilidade do Governo Municipal:

- Executar as ações decorrentes das Políticas Nacionais e Estaduais de Saúde Ambiental em conformidade com suas ações em nível local;
- Promover o processo de articulação intra e intersetorial em seu respectivo âmbito, visando a implementação da Política;
- Garantir e apoiar o funcionamento da Comissão Municipal de Saúde Ambiental no âmbito do Conselho Municipal de Saúde;
- Adequar os Códigos Sanitários locais aos princípios, diretrizes e normas gerais de Saúde Ambiental;
- Estabelecer normas, indicadores e parâmetros para o desenvolvimento e acompanhamento das ações em saúde ambiental, em seu âmbito de atuação;
- Definir na Programação Pactuada Integrada, sua relação com os demais municípios e o estado;
- Fomentar a capacidade instalada para o desenvolvimento das ações de saúde ambiental;
- Desenvolver ações de saúde ambiental nos municípios de fronteira;
- Garantir atendimento integral ao indivíduo afetado pela poluição ambiental do município na rede disponível ambulatorial e hospitalar;
- Definir, em conjunto com o estado e outros municípios, a rede e os mecanismos de referência e contra-referência, incluindo estrutura especializada de apoio a diagnóstico e laboratórios;

- Desenvolver e incentivar práticas promotoras de ambientes saudáveis e que promovam o desenvolvimento sustentável;
- Executar sistematicamente ações de vigilância ambiental, compreendendo levantamento e análise de informações, inspeção, fiscalização, identificação e avaliação de situações de risco, elaboração de relatórios e aplicação de procedimentos administrativos, segundo prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- Apoiar e organizar a operacionalização do sistema de informações no seu respectivo âmbito;
- Criar e manter atualizado cadastro das empresas e atividades econômicas desenvolvidas no município, dos fatores e situações de risco eventualmente por elas gerados e do contingente populacional a eles submetido;
- Definir a listagem de agravos relacionados à notificação compulsória e investigação obrigatória no respectivo território;
- Definir o perfil epidemiológico do município;
- Promover a capacitação de trabalhadores em saúde necessários a realização das ações de saúde ambiental no nível municipal;
- Estimular e apoiar a realização de pesquisa considerada estratégica no contexto da Política;
- Participar da definição de critérios para implantação dos Índices de Valorização de Resultados e de Valorização da Qualidade;
- Participar da definição de parâmetros de custo das ações de saúde ambiental compreendidas na atenção básica e nos procedimentos de média e alta complexidade;
- Participar e fomentar o financiamento das ações de saúde do trabalhador em seu âmbito de atuação.

A operacionalização deste conjunto de responsabilidades se efetivará na interface colegiada com os outros atores da política de saúde ambiental nacional em distintos contextos, principalmente nos diretamente afetos à saúde e ambiente:

- (1) No Sistema Único de Saúde – SUS, no Conselho Nacional de Saúde – CNS, a Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST.
- (2) No Ministério da Saúde, a Comissão Permanente de Saúde Ambiental – COPESA e a Assessoria Internacional de Saúde e Ambiente – AISA.
- (3) No Sistema Nacional do Meio Ambiente – SISNAMA, no Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA e suas diversas câmaras técnicas.
- (4) No Ministério do Meio Ambiente – MMA, a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Brasileira CPDS / Agenda 21, a Comissão Nacional de Segurança Química – CONASQ e a Comissão Nacional de Biodiversidade – CONABIO.
- (5) No Ministério de Ciência e Tecnologia – MCT, a Comissão Técnica Nacional de Biosegurança – CTNBIO.
- (6) No Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos – no Conselho Nacional de Recursos Hídricos – CNRH, várias câmaras técnicas, em especial a do Plano Nacional de Recursos Hídricos.
- (7) No Ministério das Cidades – MC, no Sistema Nacional de Desenvolvimento Urbano, no Conselho Nacional das Cidades – CONCIDADES, no Comitê Técnico de Saneamento Ambiental e no Comitê Técnico de Planejamento Territorial Urbano, e em especial, no Grupo de Coordenação da Campanha Nacional de Elaboração do Plano Diretor Participativo.
- (8) No Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, no Sistema Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, na Secretaria de Inspeção do Trabalho – SIT e no Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho.

Esta articulação colegiada deverá servir, não só para uma maior eficácia da gestão pública, mas para avançar nos mecanismos de participação, construindo formas efetivas para garantir a representação dos múltiplos setores nos espaços coletivos, na perspectiva do reconhecimento da pluralidade de pensamentos e de interesses sociais e políticos.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Diante da complexidade inerente à promoção da saúde ambiental, torna-se evidente a necessidade do estabelecimento de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação técnica, educativa, financeira, institucional e operacional desta Política, que permita verificar o alcance do seu objetivo e, conseqüentemente, seu impacto sobre a saúde da população e sobre a qualidade dos ambientes, bem como proceder às eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Propõe-se assim a implementação de um sistema de monitoramento e avaliação de estratégias para a saúde ambiental, de forma contínua e permanente, passível de contar com instrumentos gerais, tanto ferramentas quantitativas, como as de natureza qualitativa.

Sendo assim, esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologias específicas capazes de evidenciar o desenvolvimento da Política, contribuindo para o fortalecimento de políticas setoriais afins.

No processo de acompanhamento ora preconizado, deverão ser consolidados indicadores que permitam verificar em que medida a Política Nacional de Saúde Ambiental contribui para a consolidação do SUS, mas primordialmente para a defesa da vida e a proteção da saúde humana.

Deverá garantir ainda no cumprimento da Política, a manutenção do nível de divulgação junto à população quanto à capacidade dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário, no que se refere ao atendimento de acidentados por poluição ou desastre. A saúde ambiental deve ser considerada como critério para alocação de recursos e orientação programática de ações.

A PNSA deverá ser acompanhada e avaliada através das instâncias de participação e controle social, quais sejam, as Conferências e os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo. Caberá a estes órgãos também, a divulgação das ações a todos os setores da sociedade. Outra proposta é a de criação de um Conselho Gestor composto por governo, trabalhadores da área e entidades da sociedade civil.

Deverá haver o acompanhamento da execução financeira dos organismos e ações da PNSA pelos Conselhos de Políticas Públicas, e a inserção das questões ambientais nos requisitos para a condição de habilitação na gestão do SUS.

Deve ainda ser avaliada a internalização dos acordos internacionais pelo Brasil no tocante à saúde ambiental.

Neste diapasão, tanto as instâncias de controle social federais, estaduais, distritais, como municipais, devem acompanhar e avaliar a Política Nacional de Saúde Ambiental.

7. ESTRATÉGIAS PARA ELABORAÇÃO DO TEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL

- Submeter à COPESA;
- Submeter ao Colegiado do SUS;
- Submeter à Tripartite;
- Submeter Conselho Nacional de Saúde;
- Debater no Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental;
- Elaborar texto da Política;
- Submeter à consultas e audiências públicas;
- Publicar e divulgar;
- Submeter ao Congresso Nacional.

8. ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO TEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL

- Construir o Plano Nacional de Saúde Ambiental, que contemple os programas e ações da saúde ambiental, a curto, médio e longo prazos;
- Construir o Sistema de Informação Integrado em Saúde Ambiental;
- Qualificar os trabalhadores em saúde, em níveis federal, estadual e municipal;
- Articular e atuar conjuntamente, nos diferentes ministérios e esferas de governo;
- Pactuar ações estruturantes com os municípios;
- Trabalhar a educação em saúde ambiental transversalmente;
- Adotar uma visão multidisciplinar: educação, saúde, meio ambiente, trabalho.
- Construir agendas integradas;
- Estabelecer cooperações técnicas;
- Desenvolver ações de capacitação em conselhos de saúde e outras instâncias de controle social;
- Divulgar as ações da PNSA nos meios de comunicação;

- Estruturar e fortalecer a Vigilância em Saúde Ambiental;
- Incluir a discussão na agenda política de governo;
- Fortalecer os movimentos populares;
- Fortalecer os instrumentos de gestão do SUS, como as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite;
- Colaborar na conservação e proteção do meio ambiente;
- Criar estratégias intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população;
- Estabelecer parcerias com a sociedade civil;
- Trabalhar a inserção da PNSA nos três níveis de governo, a partir de um modelo pedagógico que contemple os princípios e diretrizes desta e a capacitação de multiplicadores, que tenham vivência no controle social;
- Integrar a PNSA a outras, tais como de habitação, educação, economia, sempre dentro da ótica de garantir a qualidade de vida das pessoas;
- Implementar e internalizar acordos internacionais relacionados à saúde ambiental;
- Estabelecer as possibilidades de integrar a discussão e construção de modelos econômicos sustentáveis à saúde ambiental;
- Fomentar financiamentos com critérios de utilização de "tecnologias limpas";
- Desenvolver estratégias de financiamento das ações de saúde ambiental.

9. REFERÊNCIAS

ABRASCO. Subsídios ao Plano Diretor para o Desenvolvimento da Área de Saúde e Ambiente – Oficina, Julho, 2003.

BRASIL. Decreto n.º 3.450, de 09 de maio de 2000. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 10 jun. 2003. *Diário Oficial da União*, 17 jun. 2003.

BRASIL. Decreto n. 4.281, de 25 de junho de 2002. Regulamenta a Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jun. 2002.

BRASIL. Decreto n.º 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos de Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 10 jun. 2003. *Diário Oficial da União*, 17 jun. 2003.

BRASIL. Instrução Normativa SVS/MS n. 1, de 07 de março de 2005. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, 08 mar. 2005. *Diário Oficial da União*, 22 mar. 2005.

BRASIL. Lei n.º 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 maio, 2003.

BRASIL. Lei n.º 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional de Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 02 set. 1981.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.433, de 08 de janeiro de 1997. Institui a Política nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei n.º 8.001, de 13 de março de 1990, que modifica a Lei n.º 7.990, de 28 de dezembro de 1989. *Diário Oficial da União*, 09 jan. 1997.

BRASIL. Lei n. 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 abr. 1999.

BRASIL. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n.º 7, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho.

BRASIL. Portaria Interministerial MT/MS/MPAS n. 7, de 25 de julho de 1997. Institui o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador - GEISAT.

BRASIL. Projeto de Lei n. 5.296/05. Institui as diretrizes para serviços públicos de saneamento básico e a Política Nacional de Saneamento Básico - PNS. Exposição de motivos nº7/2005. Urgência constitucional.

GEISAT. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Novembro, 2004.

MACHADO, Paulo Affonso Leme. Direito à Saúde e Direito Ambiental. Parecer jurídico sobre as competências do Ministério da Saúde na área ambiental. CGVAM/Ministério da Saúde/OPAS. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atas e Decisões da Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados. Maio 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Política de Saúde e Ambiente do Mercosul. Maio 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Articulação Institucional - Atuação da CGVAM em Órgãos Colegiados. CGVAM/SVS. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Seminário Nacional de saúde e Ambiente com Controle Social. Documento CISAMA. Conselho Nacional de Saúde. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, SVS. Versão setembro, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde e Ambiente. Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável. Julho, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta versão 2.0. Março, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília, abril, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde.
Outubro, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde.
FUNASA, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Workshop de Saúde Ambiental : construindo a Política
Nacional de Saúde Ambiental. CGVAM/SVS, Novembro de 2004.

SÁ, Fabiana de Oliveira. Políticas Públicas Integradas de Saúde e Ambiente: o processo em
construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. [projeto de pesquisa -
mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

SANTOS, Lenir. Meio Ambiente e Saúde: competências e intersetorialidade. Parecer
jurídico sobre as competências do Ministério da Saúde na área ambiental.
CGVAM/Ministério da Saúde/OPAS. 2004.