

©Copyright, 2006. Todos os direitos são reservados. Será permitida a reprodução integral ou parcial dos artigos, ocasião em que deverá ser observada a obrigatoriedade de indicação da propriedade dos seus direitos autorais pela INTERFACEHS, com a citação completa da fonte. Em caso de dúvidas, consulte a secretaria: interfacehs@interfacehs.com.br

A CONFIGURAÇÃO (DILEMAS) DOS RISCOS AMBIENTAIS E DE SAÚDE: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS NO BRASIL

Murilo Fahel¹; Mauro Campos²; Carolina Araújo³

¹Professor pesquisador da Unimontes, mestre em saúde pública pela UAM/Xochimilco (México) e doutorando em ciências humanas: sociologia e política pela UFM; ²Professor do Centro Universitário Newton Paiva, mestre em gestão das cidades pela PUC-MG e doutorando em ciências humanas: sociologia e política pela UFMG; ³ Professora da Universidade de Negócios e Administração (UNA), mestre em *management* pela HEC (Montreal).

RESUMO

O artigo analisa a relação entre os riscos ambientais e de saúde no escopo do modelo de desenvolvimento social e econômico adotado pelos países centrais e periféricos. Enfatiza uma análise exploratória sobre os efeitos ambientais no estado de saúde dos indivíduos, considerando os aspectos macroeconômicos que contribuem para a consolidação dos paradigmas ambientais e da saúde, em um cenário global. Nesse contexto, busca colocar em tela os principais paradoxos sobre a temática, abordando aspectos relativos às iniquidades existentes neste cenário, numa tentativa de identificar os efeitos (diretos e indiretos) decorrentes das desigualdades econômicas e sociais, sobretudo em espaços urbanos. Aponta essas evidências na análise da situação diagnosticada no Brasil, buscando mostrar os impactos gerados pelo modelo de desenvolvimento aqui adotado e a conseqüente geração de riscos ambientais e de saúde à população, bem como a resposta adotada pelo sistema público de saúde.

Palavras-chave: Desenvolvimento sustentável; riscos ambientais e de saúde; desigualdades sociais; acesso à saúde.

INTRODUÇÃO

Os tópicos de saúde e meio ambiente sempre estiveram intimamente interligados. Impossível conceber condições de saúde favoráveis num contexto ambiental precário ou comprometido. Assim, quando se aborda a questão do desenvolvimento, estes dois assuntos estão necessariamente em pauta, visto que situações de risco ambiental ou de saúde são insustentáveis ao longo do tempo e comprometem os pilares do desenvolvimento durável: os desenvolvimentos econômico e social e a preservação ambiental.

O escopo de desenvolvimento sustentável que se apóia nesses três pilares pode ser expresso no conceito proposto pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento que, em 1987, propôs como definição oficial de desenvolvimento sustentável “aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras satisfazerem suas próprias necessidades”.

No presente artigo, busca-se apresentar dois tipos de problemas que afetam a saúde pública e que são diretamente influenciados pela opção de modelo de desenvolvimento adotada pelos países.

Inicialmente, trataremos o problema de saúde relacionado à desigualdade social resultante do modelo econômico pelo qual se organizam os intercâmbios de produtos em quase todos os países de nosso planeta. A dinâmica da economia influencia profundamente os arranjos sociais e tem-se observado um processo de exclusão social e marginalização econômica de uma parcela significativa da população— que, empobrecida, não é capaz de assegurar as condições mínimas para uma qualidade de vida satisfatória para si e para seus descendentes. Esta dificuldade manifesta-se em três problemas reais expostos neste artigo: uma exposição amplificada aos riscos de saúde, dadas as condições sanitárias precárias em que vivem; as deficiências na alimentação, que a torna mais suscetível a doenças; e o debilitado acesso aos serviços de atendimento de saúde pública.

Numa perspectiva mais ampliada, procuraremos abordar os problemas ambientais como geradores de riscos para a saúde, sem que necessariamente se limitem às populações mais vulneráveis. Efeitos de um modelo de desenvolvimento nocivo ao

equilíbrio ambiental não respeitam as diferenças de classes sociais e tampouco se restringem aos limites geográficos, mas ainda assim têm sido tratados com certo descaso quando das definições de políticas de desenvolvimento. No entanto, a dinâmica de exclusão e marginalização referida no parágrafo anterior assume outra proporção quando se observa que países periféricos são afetados de forma mais grave, mas não exclusiva, pelos problemas ambientais.

Ambas as situações são problemáticas e moralmente condenáveis e se apresentam na contramão da proposta de desenvolvimento sustentável. A primeira, por tratar-se de problemas internos aos países, deve ser minimizada por políticas públicas efetivas que atuem, ao mesmo tempo, nas questões de saúde pública e da marginalização econômica. Quanto a tentar coibir modelos de desenvolvimento nocivos ao meio ambiente, num cenário de histórica negligência em relação aos efeitos negativos em favor dos benefícios econômicos imediatos resultantes, a proposta de acordos internacionais desponta como uma alternativa.

Desde a ECO-92, instrumentos formais que geraram compromissos e obrigações reguladas pelo direito internacional têm sido assinados por vários países. A partir da declaração da Agenda 21, o Brasil assinou e ratificou algumas convenções que afetam diretamente as questões de saúde e meio ambiente no País. Dentre estas, destacamos a Convenção da Diversidade Biológica, que resultou na alteração da legislação brasileira quanto aos usos dos recursos genéticos e conhecimentos tradicionais associados; a Convenção sobre Mudanças Climáticas, que redundou no Protocolo de Kyoto, que coíbe o crescimento das emissões de gases causadores do efeito estufa; e a Convenção de Viena e Protocolo de Montreal sobre a Proteção da Camada de Ozônio, que objetiva proteger a saúde humana e do meio ambiente contra os efeitos nocivos das alterações da camada de ozônio. Esse é o contexto no qual se desencadeia a discussão sobre saúde pública e meio ambiente no Brasil e no mundo. Os problemas que despontam não são passíveis de soluções simples e imediatas, mas requerem modificações profundas na forma de pensar o processo de desenvolvimento e as propostas de políticas públicas.

OS PARADOXOS NA ÁREA DE SAÚDE NO CENÁRIO MUNDIAL

As questões ambientais e de saúde conhecem novos desafios em função dos avanços da humanidade engendrados pelo desenvolvimento, que impacta de maneira importante o ecossistema e a qualidade de vida das pessoas nacional e internacionalmente. Essas alterações, que encontram correspondência na dimensão individual (com implicações significativas nas condições de saúde), vêm imprimindo estilos de vida com baixa sustentabilidade para comportamentos considerados saudáveis.

Cada vez mais organismos multilaterais, cientistas e militantes de movimentos ecológicos alertam para a tendência mundial de agravamento dos riscos ambientais, evidenciando que a produção e a distribuição dos riscos ampliam as vulnerabilidades da espécie humana. Apesar destas visões, persiste uma situação crítica que coloca em risco a saúde da população, com comprometimento da qualidade da água e ar associados a processos contínuos de desequilíbrio do ecossistema.

No plano da cooperação internacional para o desenvolvimento sustentável, a movimentação política em torno da elaboração e implementação da Agenda 21 das Nações Unidas vem estabelecendo, desde o início dos anos 90, novos princípios e compromissos¹ governamentais e intergovernamentais. Propõe-se adotar uma nova racionalidade ecológica voltada à eficiência econômica, a equidade e a responsabilidade social e objetiva-se enfrentar as disparidades internacionais e nacionais relacionadas à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo e, especialmente, à deterioração dos ecossistemas. Por outro lado, o comportamento humano vem sofrendo alterações na sua composição ao longo da história, instituindo novos hábitos e costumes que afetam a qualidade da saúde. Assim, alterações no modo de vida, tanto na esfera da produção como na do consumo, implicam a emergência de um novo perfil epidemiológico.

O informe da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2002, intitulado *Reducir los riesgos y promover una vida sana*, mostra um paradoxo mundial do consumo, acentuando a clivagem entre países ricos e pobres. Muitos dos riscos examinados nesse informe são produzidos pelo paradoxo do consumo insuficiente entre os pobres e

¹ Esses novos compromissos incluem: 1) o aperfeiçoamento dos processos de tomada de decisão e dos sistemas de planejamento e gestão, com vistas à articulação gradual das questões econômicas, sociais e de meio ambiente; 2) a institucionalização de sistema de informação para a vigilância e avaliação dos progressos alcançados; e 3) a adoção de estratégia nacional de desenvolvimento sustentável.

excessivo no caso dos privilegiados. Principalmente nos conglomerados urbanos persiste a manifestação de um quadro de enfermidades não transmissíveis associadas aos maus hábitos e aos alimentos, coexistindo com a desnutrição em áreas mais pobres.

Segundo a OMS (2002), pode-se considerar estes os dez riscos regionais e mundiais mais importantes: insuficiência ponderal, práticas sexuais de risco, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, água insalubre, saneamento e higiene insuficientes, carência de ferro, fumaça de combustíveis sólidos em espaços fechados, hipercolesterolemia e obesidade. Juntos, estes fatores são responsáveis por mais de um terço de toda mortalidade mundial. A maioria dos fatores de risco examinados nesse informe guarda estreita relação com os hábitos de vida, e em particular com o consumo excessivo ou insuficiente. No extremo oposto da pobreza se encontra a sobrealimentação, qualificada como sobreconsumo².

Na esteira dessa realidade observa-se que os riscos comuns relacionados às sociedades ricas (tais como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade e sedentarismo) e enfermidades associadas predominam em todos os países de ingressos medianos e altos. Mais dramático ainda é o quadro prevalente nos países periféricos, com nítida acumulação epidemiológica, onde se origina uma dupla carga ao somar-se às enfermidades infecciosas, com maior incidência nestes países, as não transmissíveis produzidas pelas novas condições de produção e consumo do mundo moderno. Em relação a esta última tendência, o que se pode observar é que ainda persiste uma expansão rápida de epidemias relacionadas a tais enfermidades que provocam em torno de 60% da mortalidade mundial e que, por sua vez, guarda uma relação manifesta com a evolução dos hábitos alimentares, com o consumo constante de alimentos industrializados, com alto teor de gorduras (grassos), salgados ou açucarados.

² Os contrastes mundiais são enormes: enquanto nos países pobres há 170 milhões de crianças com peso insuficiente, dos quais morrem mais de três milhões a cada ano, mais de um bilhão de adultos têm peso excessivo e em torno de 300 milhões são clinicamente obesos. Destas pessoas, aproximadamente meio milhão morrem a cada ano na América do Norte e Europa Ocidental de enfermidades relacionadas à obesidade (OMS, 2002).

RISCOS DAS DESIGUALDADES PARA A QUALIDADE DE VIDA

As clivagens identificadas nas sociedades modernas denotam uma heterogeneidade estrutural que apresenta uma natureza multidimensional, transitando em diversas dimensões – social, econômica, étnica, cultural, geográfica – responsáveis pela demarcação de uma importante desigualdade social no mundo.

Diferenças marcantes na qualidade de vida e nas capacidades humanas, resultantes de desigualdades no acesso a bens sociais, tendem a se sobrepôr; e as privações sociais múltiplas dependem muito mais de desigualdades estruturais que se mantêm ao longo do tempo do que de atributos individuais (ACHESON, 2000). Mais ainda, no escopo das sociedades complexas pode-se afirmar que os processos de modernização produziram uma generalização de riscos e vulnerabilidades numa escala global e que as populações estão desigualmente sujeitas a eles. A geração de populações vulneráveis remete a múltiplas dimensões das sociedades de riscos, desde os industriais e tecnológicos até os relativos ao ambiente urbano construído. Já a justaposição dos riscos encontrará como segmento mais vulnerável as populações empobrecidas, que experimentarão altos níveis de interação com o risco. Por outro lado, cada vez mais, as dimensões do bem-estar passam a ser consideradas equidade no acesso às oportunidades geradas no processo de desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento passa a ser compreendido como um processo abrangente de expansão do exercício do direito de escolhas individuais em diversas áreas: econômica, política, social ou cultural (SEN, 2001).

Na mesma perspectiva, considera-se a noção de qualidade de vida em trânsito num campo semântico polissêmico: de um lado está relacionada ao modo, condições e estilo de vida; de outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana; por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais, produzindo um parâmetro definidor do bem-estar social e individual (MINAYO *et al.*, 2000). Assim é possível estabelecer uma relação intrínseca entre o conceito de saúde e qualidade de vida – traduzida como capacidades humanas determinadas socialmente, uma vez que saúde é definida pela qualidade de vida e pela capacidade de ser e agir de mulheres e homens. Quanto às desigualdades sociais, tomamos o conceito proposto por Sen (2001): estas consistem nas diferenças produzidas socialmente e que são moralmente injustas. Relacionando os dois conceitos, temos,

então, que desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e indivíduos, que são *per se* diferenças moralmente injustas e, portanto, devem ser minimizadas.

Estudos mostram que a determinação da saúde é multidimensional e que os determinantes interagem, influenciando a disposição física e psíquica dos indivíduos desde a concepção até à morte, através de gerações. Já a concepção de iniquidade materializa-se no acesso desigual aos serviços de saúde e se expressa na distribuição, também desigual, dos índices de saúde entre os grupos sociais. Nessa direção, as condições sociais das populações determinam o grau de exposição aos fatores de risco de adoecer ou morrer e o acesso a bens e serviços de saúde, fazendo que as desigualdades em saúde encontrem suas raízes na desigualdade social. Sabe-se que os padrões de desigualdade no setor em pauta variam no espaço e no tempo e que essas desigualdades podem ainda ser agravadas em função de determinantes demográficos e ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e às políticas sociais (DUARTE *et al.*, 2002). Desta maneira, as desigualdades em saúde têm sido evidenciadas entre grupos sociais com diferentes condições socioeconômicas, étnicas, de gênero, idade e de território. Como consequência, isso vem gerando um excedente de enfermidades que afeta principalmente os grupos mais vulneráveis: mortalidade precoce, sobrecarga de determinados procedimentos médicos, maiores demandas de serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social. Ante a evidência consistente de que pessoas desfavorecidas socialmente têm pior situação de saúde em torno do mundo e de forma persistente no tempo, a atenção às desigualdades em saúde tem sido um tema de discussão na agenda política da OMS.

O reconhecimento dos efeitos da estratificação social ou de que indivíduos inseridos em relações sociais têm chances diferenciadas de realizar os seus interesses materiais (WRIGHT *apud* TRAVASSOS, 2000) conferiu centralidade ao debate acerca da equidade no uso dos serviços de saúde, enquanto princípio de justiça social. Comprovação destas afirmativas pode ser encontrada no estudo comparativo de Van Doorslaer *et al.* (1993), que envolveu nove nações européias e os Estados Unidos, sobre o padrão de equidade em saúde, demonstrando que em todos os países analisados a morbidade estava desproporcionalmente distribuída, concentrando-se naqueles indivíduos mais pobres; bem como na análise realizada por Travassos *et al.* (1995) no Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989,

coordenada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que se observa que a taxa de morbidade referida no Brasil para a população urbana tendeu a aumentar inversamente à renda familiar *per capita*, padrão que se repetiu em todas as macrorregiões do País.

TENDÊNCIAS DAS ANÁLISES DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Na atualidade, existe grande consenso de que pessoas expostas a situações sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde. Alguns estudos têm procurado contribuir para este debate a partir do desvelamento das associações existentes entre condições socioeconômicas e desigualdades em saúde.

A partir da publicação do *Black report*, quando Townsend e Davidson (1982) apontaram para o incremento das desigualdades em saúde na população britânica³, há um esforço no sentido de analisar as diferenças nas condições de saúde e no acesso aos serviços do setor de acordo com a divisão da população por nível socioeconômico (NSE), seja este medido por renda, educação, ocupação ou posição na hierarquia social, e os diferenciais quanto à expectativa de vida no Reino Unido (PAMUK, 1985; CHANDOLA, 2000; WAGSTAFF, 2000).

Nos Estados Unidos, a desigualdade nas distribuições salariais tem-se mostrado associada à distribuição desigual das tendências de mortalidade na população e disparidades quanto à renda relativa parecem estar associadas aos homicídios e ao baixo peso ao nascer (KAPLAN *et al.*, 1996).

Já na Europa o projeto Socioeconomic Factors in Health and Health Care e o Socioeconomic Inequalities in Mortality and Morbidity in Europe, coordenado pela Universidade Erasmus, de Roterdã, Holanda, com parte de seus resultados publicados em Mackenbach e Kunst (1997), indicam que a falta de equidade nos setores socioeconômicos que afeta a saúde da população, em países da União Européia, manifesta-se, sobretudo, no domínio da “educação”, da “nutrição” e na “utilização de

³ No Reino Unido, a partir da década de 80 foram realizadas três grandes pesquisas avaliativas: *The black report on social inequalities in health*, de Townsend & Davidson; *The health divide*, de Townsend, Davidson & Whitehead; e *Independent inquiry into inequalities in health*, de Acheson.

serviços de saúde”, quer no funcionamento dos serviços quer na despesa *per capita* que os mantém⁴.

No Brasil, alguns estudos recentes têm procurado investigar a desigualdade em saúde mediante comparações regionais, infra-regionais e intra-urbanas. Na linha referida, encontra-se, por exemplo, a proposta de monitoramento Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil, desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Trata-se de um trabalho que realiza uma análise abrangente do perfil da desigualdade social em saúde do nosso País, valendo-se de bases de dados (Pnad, POF, AMS, Data-SUS, IDB/Ripsa⁵ e outras) disponível para uso generalizado e com emprego de indicadores e metodologias acessíveis, proporcionando medidas de desigualdades e análise dos comportamentos da oferta de recursos humanos e capacidade instalada, acesso e utilização dos serviços de saúde, financiamento-despesa federal e familiar, qualidade em saúde, situação de saúde e saúde e condições de vida.

Outra pesquisa que corrobora essa tendência de análise das desigualdades sociais no setor é a da epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório, desenvolvido através de uma parceria do Ministério da Saúde (MS) com o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), a OMS e a Opas, por intermédio do Programa Especial de Análises de Saúde (SHA), de Washington, que analisa as desigualdades segundo aspectos socioeconômicos e geográficos, além dos relacionados à composição populacional, por sexo e idade, e à prestação de serviços de saúde, valendo-se das Bases de Dados do Data-SUS, IBGE, IDB/Ripsa e outras. Este estudo sugere que a desigualdade em saúde no Brasil está polarizada nos níveis nacionais intra-regionais e que, devido à magnitude das diferenças dos indicadores observados entre as regiões, o padrão que emerge pode ser definido como marcadamente assimétrico. Segundo os achados, três macrodeterminantes parecem explicar, em termos estatísticos, os diferenciais encontrados, quais sejam: urbanização, pobreza e aspectos relacionados à

⁴ Utilizou-se o método de Coeficiente de Gini como parâmetro de equidade para mensurar a desigualdade existente entre os 15 países da União Européia, relativamente à educação e atividades culturais, estilos de vida, nutrição, desemprego, utilização de serviços de saúde e despesa neste campo.

⁵ Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (Pnad), Pesquisa do Orçamento Familiar (POF) e pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizadas pelo IBGE; Data-SUS, do Ministério de Saúde; e Indicadores Demográficos e Socioeconômicos (IDB) da Rede Interagências de Informações para a Saúde (Ripsa).

organização dos serviços de saúde. A urbanização sugere a exposição a um padrão “moderno” de fatores de riscos; a pobreza remete às dificuldades inerentes à obtenção dos meios individuais ou societários de saúde e, por último, os serviços podem, *per si*, aumentar ou promover as desigualdades em saúde – nesse aspecto, duas variáveis devem ser destacadas: acesso e qualidade dos serviços. A perspectiva é que esse estudo exploratório avance para a configuração de um *Atlas das Desigualdades em Saúde no Brasil* que sirva como referencial para o desenho das políticas de saúde e para os modelos de gestão.

RISCOS AMBIENTAIS E DE SAÚDE NO BRASIL

Situações de risco podem ser geradas pelos processos de desenvolvimento econômico e social em função de sua interferência nos ecossistemas, com implicações importantes no perfil de morbimortalidade da população, em função das modalidades de poluição e contaminação geradas e a liberação descontrolada de formas específicas de energia. No entanto, as influências do meio ambiente sobre a saúde podem ser observadas em duas direções: uma positiva, na medida em que este pode promover o bem-estar e contribuir para a plena realização das capacidades humanas; e outra negativa, como agente gerador da emergência e manutenção de patologias e, até mesmo, morte de determinados grupos populacionais. A trajetória a ser percorrida está intrinsecamente relacionada ao modelo de desenvolvimento social e econômico adotado por cada Estado-nação e à configuração de um pacto mundial, pautado pela lógica do binômio crescimento econômico/responsabilidade ambiental e social.

No Brasil, podem-se identificar vários fenômenos que contribuem para a aplicação de um modelo de desenvolvimento não-sustentável, na medida em que se observam processos de ampliação das áreas de desmatamento (Amazonas e Cerrado), comprometimento na qualidade da água para consumo, insuficiência no saneamento básico, contaminação ambiental por poluentes e outros que estão imbricados a uma acelerada urbanização que muito contribuiu para o crescimento de bolsões de pobreza nas áreas periféricas das cidades brasileiras. Esse modelo de desenvolvimento caótico tem implicações importantes na emergência e reemergência de patologias, induzindo o

País a um quadro epidemiológico complexo, com uma elevada incidência de riscos à saúde, principalmente para as populações mais vulneráveis.

A abordagem dos riscos à saúde da população no Brasil implica a descrição de cenários distintos e sua correlação com os fenômenos socioambientais. O aumento de patologias cardiovasculares e neoplásicas, com uma tendência crescente nos últimos dez anos, em acompanhamento do processo de envelhecimento da população (RIPSA, 2000; IBGE, 2001) está relacionado aos efeitos das condições genéticas, de vida e trabalho, com maior incidência entre aqueles expostos a determinados poluentes químicos. Já o cenário conformado pelas doenças infecto-parasitárias (DIP), marcadamente relacionadas às condições socioambientais, apesar da sua tendência declinante de mortalidade (sexta causa de óbito), apresenta uma distribuição desigual por regiões no País e por grupos sociais específicos. Ainda, observa-se a reemergência de antigas patologias (cólera, dengue, malária), com expressão em determinados espaços geográficos, consolidando áreas endêmicas–epidêmicas de maior suscetibilidade de ocorrência sistemática.

Por sua vez, as denominadas *causas externas*, que incluem acidentes e ações violentas, com produção de traumas, lesões e patologias, vem crescendo no País (segunda causa de mortalidade), com importante interdependência das condições socioambientais. Esses cenários e suas tendências epidemiológicas apresentam uma estreita relação com a iniquidade social e os impactos ambientais gerados pelo modelo de desenvolvimento adotado. Apesar de relativos avanços no controle das DIPs (sarampo, poliomielite, aids e outras), ainda há a manutenção de um grave quadro de desigualdades sanitárias. Ações como o aumento da cobertura dos serviços de saúde, acesso a novas tecnologias e insumos são insuficientes diante desses cenários, cuja reversão exige mudanças estruturais no modelo de desenvolvimento social e econômico, com ênfase na promoção e prevenção da saúde humana, através da indução de ambientes saudáveis, tanto nas esferas do consumo quanto na da produção.

Os indicadores de saúde no território nacional mostram um quadro de diferenças acentuadas da morbimortalidade entre regiões e municípios, espelhados, por exemplo, pela superação da taxa de mortalidade infantil em 3,5 vezes na região Nordeste (52,4/1.000 nascidos vivos) em relação ao Sul (15,1/1.000). Já no tocante às mortes por causas respiratórias, identifica-se uma maior incidência nas regiões Sul e Sudeste, com destaque para alguns pólos industriais, como o Petroquímico e Siderúrgico de Cubatão

(SP). Importante ressaltar que as patologias respiratórias corresponderam a 16,22% das internações hospitalares em 2000, ocupando o segundo lugar entre as doenças mais prevalentes (RIPSA, 2001), confirmando a constatação da OMS (1998) sobre uma associação à exposição ambiental da ordem de 50% a 60% relativa às suas formas agudas e crônicas.

No caso específico das patologias decorrentes dos ambientes de trabalho, apesar da evidência de subnotificação, registrou-se um aumento de 35.000 casos em 1996, num universo limitado de 18,8 milhões, concentrados nas regiões Sudeste (58%) e Sul (19%), sem inclusão dos trabalhadores informais (RIPSA, 1998). No período de 1990 a 1996, nota-se um crescimento de 8% de doenças relacionadas ao trabalho, sendo que em 1998 a taxa de incidência chegou a 16,24/10.000 trabalhadores segurados. No referente às doenças transmissíveis, com a agravante do atual reconhecimento de que a qualidade das condições de vida já não oferece mais garantias contra a disseminação de agentes infecciosos, tem-se uma perspectiva pouco otimista entre os países periféricos – que, ademais de um comportamento endêmico dessas doenças, convivem com problemas básicos de nutrição, saneamento ambiental, condições adequadas de moradia, controle de vetores e acesso aos cuidados básicos de saúde (IBAMA/GEO, 2002). Nessa direção, a Funasa, do Ministério da Saúde, vem indicando um aumento, desde o início da década de 80, de várias endemias como malária, tuberculose e hanseníase; bem como a ocorrência de vários surtos e epidemias de meningite meningocócica, cólera, dengue, leptospirose, leishmanioses e até mesmo a hantavirose (Tabela I).

Fatores relevantes de riscos à saúde são derivados dos processos produtivos que geram a contaminação por agentes químicos, com destaque para os agrotóxicos, chumbo e mercúrio. Exemplo disso são os biocidas utilizados para o controle de pragas e vetores e também nos lares, sem consideração das suscetibilidades individuais a essas exposições. Segundo a OMS (1995), 70% dos casos de intoxicação humana por agrotóxicos ocorrem nos países em desenvolvimento, e no Brasil os dados corroboram essa tendência, já que em 1999 ocorreram 398 óbitos por exposição aos agrotóxicos no País, sendo que 140 foram de origem ocupacional. Em relação à exposição ao mercúrio metálico gerado pelo uso industrial, ocorre com maior destaque nas regiões Sul e Sudeste e, no caso da Amazônia Legal, em função da mineração de ouro. O mercúrio lançado no ambiente pode se depositar nos rios e, através da cadeia biológica, transformar-se no *composto orgânico metilmercúrio*, que pode ser encontrado em peixes onívoros

consumidos pelas populações ribeirinhas, ocasionando, assim, danos à saúde humana (IBAMA/GEO, 2002).

Patologia	1980/84	1995/89	Subtotal	1990/94	1995/99	Subtotal
Cólera	0	0	0	151.339	16.380	167.719
Dengue	11.000	141.663	152.663	211.448	1.346.469	1.557.719
Doença Meningocócica	6.771	12.743	19.514	26.631	30.109	56.740
Febre Amarela	122	67	189	131	132	263
Hanseníase	86.294	111.841	198.135	158.800	203.963	362.763
Hantavirose	0	0	0	3	41	44
Leishmaniose T.A.	26.802	101.784	128.586	140.428	151.231	151.321
Leishmaniose Visceral	4.991	8.003	12.994	11.031	15.772	26.803
Leptospirose	0	7.179	7.179	12.138	20.072	32.210
Malária (diversas)	1.264.903	2.489.008	3.753.911	2.713.818	2.518.373	5.232.191
Tuberculose	422.024	412.637	834.461	396.127	421.883	818.010

Tabela I - Evolução das principais patologias infecto-parasitárias notificadas Brasil (1980-99)

Outro fator relevante que vem provocando danos à saúde da população é atinente à poluição atmosférica, que compromete a qualidade do ar, afetando milhões de pessoas. No Brasil, boa parte dos problemas respiratórios, nos últimos anos, está associada à deterioração da qualidade do ar, principalmente nas áreas metropolitanas. Entre 1970 e 2000, foi registrado um aumento substancial na emissão de poluentes no País, com variação que vai de 200%, no caso do dióxido de enxofre (SO₂), a até 500%, no caso de hidrocarbonetos (que, associados aos gases da fumaça negra emitida pelos veículos, contribuem para o aumento das doenças respiratórias). Estudos indicam que, em São Paulo, há uma forte correlação entre o aumento de poluição e a incidência de problemas respiratórios, que respondem por 20% a 25% dos atendimentos no sistema de saúde e por 10% a 12% da mortalidade. Nota-se, ainda, o diagnóstico de pneumopatias, com nítida intensificação na década de 90, em trabalhadores expostos à sílica e ao asbesto, provenientes de ambientes de trabalho das indústrias extrativas, têxteis e da construção civil, dentre outras. Outro fator contribuinte para o aumento de portadores de doenças respiratórias têm sido as *queimadas* – prática corrente em extensas áreas agrícolas do País –, como registrado em Alta Floresta, no Estado do Mato Grosso, com um aumento

de 20 vezes no número de pessoas acometidas durante um episódio de queima de biomassa (IBAMA/GEO, 2002).

Cabe destacar a ocorrência de episódios naturais, como os desastres ambientais (inundações, estiagem, secas, deslizamentos e incêndios florestais), que têm contribuído para a grave situação de morbimortalidade no País; bem como os acidentes industriais ampliados, com desastres fatais e danos ecológicos de monta. Medidas preventivas e de controle têm sido observadas, mas apresentam pouca efetividade e os efeitos danosos à saúde humana e a agressão ao ecossistema provocados pelos fenômenos naturais e acidentes industriais têm reincidido, com repercussões acentuadas em diversas regiões do País.

Ainda é débil, no Brasil, o reconhecimento da interdependência entre desenvolvimento econômico, qualidade de vida, condições ambientais e saúde, o que é constatado pelo contínuo processo de degradação ambiental, com repercussões negativas na qualidade de vida da população, bem como pelo grave perfil epidemiológico diagnosticado no País.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para as políticas de saúde no Brasil, o que se pode observar nos primórdios da atuação governamental é que as ações de caráter coletivo – imunização, controle de epidemias e saneamento – se deram no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente. Historicamente, estabeleceu-se um verdadeiro abismo entre a gestão das medidas de ordem preventiva e as ações da medicina curativa. Não há exagero em dizer que estas diferenças têm sido altamente nocivas e injustas. As medidas preventivas continuam sendo financiadas pelo governo, mas o desprestígio do desenvolvimento social, ao longo dos anos, resultou na escassez de verbas e na atrofia de atividades primordiais para o atendimento médico-hospitalar à população em geral.

O sistema de saúde no Brasil caracterizou-se pela separação entre as atividades preventivas e curativas na atenção à saúde da população. A atividade preventiva era marcada pelo sanitarismo básico, voltado a combater as causas e interromper a transmissão das doenças na coletividade. Isto era feito através da oferta de serviços e

ações sanitárias sobre o ambiente, indivíduos e vetores animais, independentemente da demanda ou vontade das pessoas.

Em relação à redução de gastos em atenção médico-sanitária, esta ocorre à custa de uma deterioração dos serviços públicos do setor. O modelo de atenção à saúde dá ênfase ao aspecto médico-assistencial operado pelo setor privado e financiado pelo Estado. Este modelo desenvolveu-se com a urbanização e a industrialização brasileira, ocorrida nos anos 30. A rápida constituição de uma classe trabalhadora urbana gerou necessidades de assistência médica individual para sua reprodução física como força de trabalho. Este sistema se desenvolveu de acordo com a demanda definida pelos trabalhadores inseridos no mercado, através da auto-avaliação de sua saúde. Esta lógica de atenção foi ajustada e valorizada pelo sistema industrial, que necessitava de trabalhadores em boas condições de saúde para o trabalho.

Apesar das iniciativas para a implantação de um sistema público de saúde universalizado, nos moldes estabelecidos pela Constituição de 1988, ainda persistem deformações graves em todo o processo, sendo exemplos: má utilização dos recursos públicos destinados à saúde em todas as esferas de governo e níveis de prestação de serviços; centralização das funções governamentais, as quais muitas vezes são desordenadas, pouco comprometidas e/ou marcadas por mecanismos clientelistas; um modelo de atenção centrado na medicina curativa e hospitalocêntrica, em detrimento de ações de prevenção e provisão da saúde; oferta dos serviços de saúde deficitária, tanto quantitativa quanto qualitativamente; controles precários dos repasses e da distribuição interna dos recursos públicos aos prestadores de serviços, dentre outras deformações que estariam contribuindo para a baixa credibilidade operacional do sistema público de saúde do País (MS, 2000).

Na prática, como se sabe, a universalização formal dos serviços de saúde implicou, porém, a exclusão de alguns segmentos da sociedade. Isto ocorreu, segundo Faveret e Oliveira (1990), com os trabalhadores com renda estável, porexemplo, uma vez que, para conter um eventual excesso de demanda pelos serviços públicos de saúde, estes usuários foram empurrados para o sistema privado de atendimento. Esta forma de alijamento destes trabalhadores pode ser explicada, também, pela oferta de serviços públicos de saúde de baixa qualidade. Com isto, ocorreu a restrição do sistema público ao atendimento das camadas menos favorecidas. Desta forma, configurou-se um processo

de “universalização excludente”, em que a expansão do sistema foi acompanhada por mecanismos de racionamento, ocasionando uma queda na eficiência e eficácia da prestação dos serviços de saúde. Tal condição resultou, na prática, na redução do sistema público a um atendimento para os pobres, induzindo os assalariados de poder aquisitivo estável a aderir aos seguros e planos de saúde privados ou semiprivados.

Estas características estruturais dos serviços de saúde no Brasil reforçam o seu caráter de dualidade, com institucionalidades distintas, sendo uma direcionada às camadas sociais com maior acesso à renda (e, conseqüentemente, aos serviços privados) e a outra destinada aos dependentes dos serviços públicos, quais sejam, os estratos de baixa renda e os excluídos do mercado formal de trabalho. Assim, mesmo com os propósitos de universalização do atendimento à saúde demarcados pela legislação, os mecanismos para a criação de um sistema único redundaram num sistema dual, caracterizado pela segmentação das clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendida como um direito mais amplo, as relações estabelecidas entre a saúde e as demais condicionantes que interferem no seu estado ganham vulto para uma discussão mais adensada. Neste espaço, as interferências exercidas pelo ambiente na saúde começam a compor novas discussões, nos campos teórico e empírico, que se pautam pelo entendimento de como as variáveis ambientais podem influir em um melhor ou pior estado de saúde, dadas as condições ambientais de cada sociedade (IBAMA/GEO, 2002). Portanto, estas situações ambientais podem tanto condicionar o bem-estar das pessoas como, também, produzir agravos diversos.

Nesta vertente, o que se percebe é que, em relação aos agravos na saúde, a questão ambiental assume um papel de extrema relevância. Os problemas ambientais acabam por potencializar os riscos para a saúde de todas as populações expostas aos resquícios de um modelo de desenvolvimento altamente prejudicial ao equilíbrio ambiental, e não apenas às mais vulneráveis. Esta interseção entre saúde e meio ambiente reforça a questão que impulsiona os programas de controle da poluição do planeta e que aproximam organismos multilaterais em torno deste objetivo comum. Mais ainda, quando se percebem as dificuldades em manter condições favoráveis de saúde em

ambientes impróprios, corroídos pela ação humana, isto chama a atenção para um debate mais amplo acerca do modelo utilizado como mecanismo para associar desenvolvimentos econômico e social e preservação ambiental, de modo que se possa propor um formato de desenvolvimento durável e que vise a reduzir riscos ambientais e de saúde.

Na perspectiva do indivíduo, o que determina a procura pelos serviços de saúde não é um comportamento previsível ou uma necessidade antecipada e programada, e sim uma contingência imprevisível, quer se tenha ou não condições financeiras de arcar com a manutenção da sua boa condição física e mental. Deste modo, a questão do acesso a estes serviços assume um papel fundamental para os indivíduos. Portanto, a saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é o produto de condições objetivas de existência. Resgatar a idéia do direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas se justifica na medida em que se faça a distinção entre o direito à saúde e o direito aos serviços de saúde, ou mesmo o direito à assistência médica.

O sistema de saúde é onerado porque o parâmetro usualmente adotado para a alocação dos escassos recursos é o da medicina curativa, privilegiando os procedimentos hospitalares, que deveriam ser o último elo da cadeia de atendimento à população neste tipo de serviço. Enquanto isso, o arcabouço político que condiciona os investimentos setoriais é orientado por casuísmos e por ações imediatistas, com um forte vínculo em medidas corretivas, que são mais evidentes aos olhos das pessoas – sobrepondo, assim, as ações preventivas que, por sua vez, tendem a gerar melhores resultados no longo prazo, além de serem menos dispendiosas. São, assim, deixadas de lado em função dos interesses econômicos de grupos ligados ao fornecimento de equipamentos e laboratórios, dentre outros grupos de pressão que acabam direcionando os recursos desta área.

Neste contexto, o equívoco das políticas de saúde torna-se evidente, uma vez que a doença é apenas uma consequência das condições básicas de vida da população. No entanto, o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente e outras. Isso reforça a relação imbricada entre saúde e desenvolvimento social e econômico sustentável, demandando um estudo com maior

adensamento teórico-empírico, na tentativa de explicar os aspectos multifacetados da relação saúde-ambiente-desenvolvimento abordadas neste artigo.

REFERÊNCIAS

ACHESON, D. Health inequalities impact assessment. **Bulletin of the world health organization**, pp. 75-85, 2000.

ALLEYNE, G. A. Equity and Health. In: XI WORD CONGRESS OF PSYCHIATRY ON PSYCHIATRY ON NEW THERSHOLDS, Hamburgo, 6-11 ago. 1999.

CHANDOLA, T. Social class differences in mortality using the new UK national statistics socioeconomic classification. **Social Science and Medicine**, n. 50, pp. 641-9, 2000.

CULYER, J./ WAGSTAFF, A. **Need, equity and equality in health care**. York, University of York, 1992.

DACHS, J. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da Pnad/1998. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, 2002.

DUARTE, E. *et al.* **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília, Opas/OMS/Funasa, 2002.

FAHEL, M.; INÁCIO, M. Qualidade de vida aplicada à saúde do trabalhador: perspectivas. In: AMORIM, C. S.; CARVALHO, L. F. (Orgs.). **Saúde e segurança no ambiente de trabalho: contexto e vertentes**. Belo Horizonte, Fundacentro/UFSJ, pp. 127-37, 2002. (Coleção de Estudos e Análise.)

FAVERET F., P.; OLIVEIRA, P. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: **Revista Dados de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, pp. 257-83, 1990.

FLEURY, S. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec/Abrasco, 1997.

GAKIDOU, E.; MURRAY, C. J.; FRENK, J. Defining and measuring health inequality: approach based on the distribution of health expectancy. **Bulletin of the world health organization**, n. 78, pp. 42-54, 2000.

GIRALDES, R. Eqüidade em áreas socioeconômicas com impacto na saúde em países da União Européia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, 2001.

IBAMA. **Geo-Brasil**: perspectivas do meio ambiente no Brasil. Brasília, Governo Federal, 2002.

ISA. **Almanaque Brasil socioambiental**. São Paulo, Instituto Sócio-Ambiental, 2005.

KAPLAN, G.; PAMUK, R.; LYNCH, R. Inequality in income and mortality in the United States; analysis of mortality and potential pathways. **BMJ California**, n. 31, pp. 999-1.003, 1996.

MACKENBACH, J.; KUNST, A. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: overview of available measures illustrated with two examples from Europe. **Social Science Medicine**, Rotterdam, n. 44, v.6 , pp. 757-71, 1997.

MEDICI, André Cezar. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Orgs.). **Economia da Saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 2. ed. Brasília, Ipea, 1995.

MINAYO, M.; HARTZ, Z.; BUSS, P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS**: descentralização. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

NORONHA, K. V. M.; VIEGAS, M. A. Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região sudeste do Brasil. X SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA E SAÚDE, s/d, mimeo.

NUNES, A. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília, Opas/OMS, 2001.

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo, 2002**: reducir los riesgos y promover una vida sana. Genebra, OMS, 2002.

PAMUK, E. Social class and inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and wales. **Populations Studies**, n. 39, pp. 17-31, 1985.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo, Cia das Letras, 2001.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. *The black report*. Inequalities in health. Londres, Peguin Books, 1982.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 19, pp. 224-35, 2000.

_____; FERNANDEZ, C.; PÉREZ, M. Desigualdades sociais, morbidade e consumo de serviços de saúde no Brasil. **Série Estudos**: política, planejamento e gestão em saúde, Rio de Janeiro, n. 4, pp. 5-26, 1995.

TRIGUEIRO, A. (Org.). **Meio ambiente no século 21**: 21 especialistas falam da questão ambiental nas suas áreas de conhecimento. Rio de Janeiro, Sextante, 2003.

VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN, M. Equity in the finance and delivery of care: international perspective. **Oxford Medical Publications**, Oxford, n. 8, 1993.

WAGSTAFF, A. Socioeconomic inequalities in child mortality; comparisons across nine developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 78, pp. 19-29, 2000.

_____; PACI, P.; VAN DOORSLARE, E. On the measurement of inequalities in health. **Social Science and Medicine**, n. 33, pp. 545-57, 1991.

Artigo recebido em 06.12.2005. Aprovado em 18.01.2006