

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Nível Doutorado

GLADEMIR SCHWINGEL

PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS E SAÚDE NO VALE DO TAQUARI (RS):

OS ATORES SOCIAIS DO CAMPO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS

SÃO LEOPOLDO

2014

GLADEMIR SCHWINGEL

**PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS E SAÚDE NO VALE DO TAQUARI (RS):
OS ATORES SOCIAIS DO CAMPO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Aloísio Ruscheinsky

São Leopoldo

2014

Ficha Catalográfica

S415p Schwingel, Glademir.
Problemas socioambientais e saúde no Vale do Taquari (RS): os atores sociais do campo da saúde e as políticas / por Glademir Schwingel. – 2014.
256 f. : il. ; 30cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, São Leopoldo, RS, 2014.

“Orientação: Prof. Dr. Aloísio Ruscheinsky, Ciências Humanas”.

1. Saúde pública. 2. Promoção – Saúde. 3. Saúde pública – Planejamento. 4. Política pública – Saúde. I. Ruscheinsky, Aloísio. II. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. III. Título.

CDU 614

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Quaresma Martins - CRB 10/1790

“[...] a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem” (BRASIL, 2006e, p. 15).

GLADEMIR SCHWINGEL

**PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS E SAÚDE NO VALE DO TAQUARI (RS):
OS ATORES SOCIAIS DO CAMPO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Aloísio Ruscheinsky

Aprovado em 16 de janeiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Aloísio Ruscheinsky - UNISINOS

Prof. Dr. José Luiz Bica de Mélo - UNISINOS

Prof. Dr. José Rogério Lopes - UNISINOS

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – UFRGS

Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Cortes - UFRGS

AGRADECIMENTOS

São tantos que passam por nossas vidas que é sempre um risco nomear aqueles que nos são importantes. Aprendemos com cada pessoa que conversamos; ensinamos para cada um que dizemos algo. Escutei algo assim no filme *Patch Adams*, estrelado pelo ator norte-americano Robin Williams. Portanto, aprendo muito a cada dia, por que a cada dia converso com muita gente e a beleza da vida é a renovação de cada amanhecer. Tenho muito a agradecer a cada um dos professores do Doutorado em Ciências Sociais da UNISINOS. Foram encontros extremamente desafiadores, travando o bom debate. Destaco meu orientador, professor Dr. Aloísio Ruscheinsky que foi fundamental nesta minha caminhada, tortuosa por vezes. Professor sensível, Aloísio soube sempre estimular, cobrar na hora certa, mostrar fragilidades, incongruências, apontar caminhos. Agradeço também aos meus colegas que dividiram debates em sala de aula, construindo juntos momentos profícuos e instigantes. Aos meus amigos (todos) por partilhar minhas angústias, desabafos, ausências, alegrias. Nada somos sem amigos. Nada somos na solidão. À minha família, da qual sou parte, que me completa. Na cultura xhosa, africana, a expressão “ubuntu” significa “eu sou por que nós somos”. Expressão poética que dedico àqueles que de uma forma ou outra estão em minha vida. Eu sou por que nós somos.

RESUMO

O esgotamento sanitário, a produção e destino de resíduos sólidos e líquidos, a qualidade da água de consumo humano são temas cotidianos das grandes, médias e pequenas cidades e soluções adequadas promovem a saúde e previnem doenças. Neste trabalho discute-se a efetividade ou não destes temas na definição das políticas públicas de saúde, alinhada às formas de participação. A partir do recorte territorial da 16ª Regional de Saúde, no Rio Grande do Sul, a qual comporta 37 municípios, avalia-se a percepção dos conselheiros de saúde destes pequenos e médios municípios quanto à definição de prioridades na organização dos sistemas locais de saúde. O objetivo é detectar as dificuldades e as potencialidades para o desenvolvimento de políticas públicas setoriais e interesetoriais dirigidas aos problemas socioambientais a partir dos atores sociais participantes de conselhos de saúde. A interrogação para a investigação se reporta à medida que os problemas socioambientais e a sua relação com o campo da saúde estão no horizonte das discussões dos conselhos de saúde, conquanto ser este um espaço com legitimidade na legislação. O controle social, por meio dos conselhos municipais de saúde, tem pautado tais problemas? Do ponto de vista metodológico, para nossa análise os Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios foram avaliados quanto ao seu conteúdo relacionado ao esgotamento sanitário, manejo de todos os resíduos e qualidade da água. Além disso, entrevistou-se um conjunto de conselheiros, questionando-os sobre a política pública de saúde local deliberada no conselho de saúde, suas características e elementos determinantes. A condição de saúde da população é uma preocupação cotidiana da sociedade atual, especialmente no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde de nível secundário e terciário. O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe melhorias sensíveis nas últimas décadas, principalmente na atenção básica, o que se reflete na melhora dos indicadores socioambientais, embora se possa questionar que a ênfase das práticas seja nas ações curativas. Neste contexto, como ocorre a definição de prioridades nos conselhos de saúde de municípios de pequeno e médio porte? Há registros de alguma preocupação com os temas ambientais e elencam-se ações que contrapõem os problemas? Os resultados apontam uma tendência de priorizar a doença e suas repercussões no âmbito da comunidade. Os PMS são sucintos ou mesmo omitem os temas ambientais, restringindo-se às ações de rotina atinentes à vigilância sanitária/ambiental. A promoção da saúde e a relação ambiente-saúde não estão no horizonte de preocupações do controle social deste conjunto de municípios.

Palavras-Chave: Problemas Socioambientais, Promoção da Saúde, Participação Social, Políticas Públicas, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Sewage, production and management of liquid and solid waste, quality of water for human consumption are contemporary issues for big, mid-sized and small cities and appropriate solutions promote health and hinder disease. The present paper discusses the efficiency (or not) of these subjects in the definition of the public health policies, aligned with the forms of participation. Within the region of the 16th Regional Health Department, in Rio Grande do Sul, which comprises 37 cities, the perception of the health advisors of these small and mid-sized cities is assessed with respect to the priority setting in the organization of the local health systems. The aim is to detect the difficulties and potentialities for the development of sector and intersectoral public policies directed to the socio environmental issues coming from the acting parties in the municipal health councils. The questioning for the investigation is relevant since socio environmental matters and their relation with the healthcare field are in the agenda for discussion within the municipal health councils as a legitimate space in the legislative process. Has social control, by means of the municipal health councils, been addressing such issues? From the methodological point of view, to our analysis, the Municipal Health Plans have been evaluated as to their content regarding sewage, waste management and quality of water. Additionally, a group of advisors was interviewed, questioned about local public health policies deliberated in the municipal health council, their characteristics and determining elements. The condition of population health is an everyday concern of contemporary society, especially concerning the access to health care in secondary and tertiary levels. The Unified Health System (SUS) has brought considerable improvement over the past decades, especially in the primary health care, which reflects in the increase in the socio-sanitary indicators, even though the emphasis of the practices on healing procedures might be questioned. In this context, how does the priority setting in the municipal health councils of small and mid-sized cities take place? Are there recordings of some sort of concern about environmental issues and are actions to confront these problems addressed? The results indicate a tendency to prioritize disease and its repercussions within the community. The Municipal Health Plans are succinct or even omit the environmental issues, restricting to routine practices related to the sanitary and environment vigilance. The promotion of health and the relation environment-health is not present in the agenda of social control of this group of cities.

Key words: Socio-environmental Issues, Promotion of Health, Social Participation, Public Policies, Healthcare Planning.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Primeiras palavras na partida: trajetória para a reflexão	17
1.2	Quanto a responsabilidades frente à questão saúde e ambiente.....	25
1.3	Delimitando objetivos e o problema da investigação.....	34
2	O CENÁRIO REGIONAL: O VALE DO TAQUARI E SEUS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS	41
2.1	Contextualizando o campo: a região do Vale do Taquari (RS)	44
2.2	Saneamento básico: panorama do esgotamento sanitário, resíduos e água.	50
2.3	Os temas ambientais em seis municípios do Vale do Taquari	64
2.3.1	Encantado: entre as vias públicas, saúde e segurança	67
2.3.2	Estrela: a saúde pública é a prioridade	69
2.3.3	Cruzeiro do Sul: por mais asfalto/pavimentação/estradas.....	71
2.3.5	Lajeado: vias públicas e saúde	74
2.3.6	Teutônia: saúde é prioridade	76
2.4	Vale do Taquari: cenário para a construção de políticas públicas de saúde e ambiente.....	77
3	TERRITÓRIOS VIVOS E O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE E AMBIENTE.	82
3.1	A determinação social do processo saúde-doença: o novo paradigma?	89
3.2	Sobre responsabilidades para a ação nos problemas socioambientais relacionados à saúde	94
3.3	Saneamento básico e saúde: problemas socioambientais e sua relação com as condições sociossanitárias	103
3.3.1	Contextualização histórica.....	103
3.3.2	Da História Ambiental à crise da Modernidade.....	105
3.3.3	Do direito ao saneamento básico	116
3.4	As conexões no contexto: saúde, sociedade e mercado	122
3.4.1	A Saúde como um tema do sistema público e a operação do Mercado	123
3.4.2	A construção de um sistema universal de saúde	135
3.4.3	A municipalização da Saúde e a institucionalização do ator local	139
3.4.4	Em cena: a municipalização e o controle social da política de saúde	144

4	PLANEJAMENTO, PLANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	151
4.1	Conselhos e controle social: interfaces para a construção das políticas públicas	153
4.2	Os Planos Municipais de Saúde na região do Vale do Taquari.....	168
4.3	Implementação da Política de Saúde no âmbito municipal.....	173
4.3.1	Saneamento/Resíduos/Água e a inserção nos Planos Municipais de Saúde	173
4.3.2	Análise dos dados coletados referentes aos PMS dos municípios investigados.....	177
4.3.3	Informações quanto ao abastecimento de água e sua qualidade	180
4.3.4	Informações quanto ao esgotamento sanitário/saneamento básico	181
4.3.5	Informações quanto à produção, manejo e destino de resíduos sólidos (lixo).....	182
4.3.6	Políticas, programas e projetos em execução e ou propostos nos PMS.....	184
4.4.	Políticas Públicas e as relações entre os atores estatais e societais	186
5.	O CONSELHO DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO E NA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.	189
5.1	Descentralização político-administrativa e o advento do Controle Social	195
5.2	Conselhos de saúde na contemporaneidade.....	197
5.3	Conselheiros de saúde, protagonistas da política e cotidiano do Conselho Municipal.....	200
5.4	As articulações dos conselheiros, as visões e as políticas de saúde.....	207
5.4.1	Os conselheiros e as reuniões do Conselho de Saúde.....	208
5.4.2.	Os conselheiros e o Plano Municipal de Saúde no âmbito do Conselho.....	215
5.4.3	O olhar dos conselheiros ante as questões socioambientais	220
5.4.4	Os conselheiros de saúde e a articulação das políticas setoriais e intersetoriais.....	228
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS - CONSELHOS DE SAÚDE, PLANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS.	235
7.	REFERÊNCIAS	245

LISTA DE FIGURAS

1. Região do Vale do Taquari – Conselho Regional de Desenvolvimento	36
2. Mapa das Macrorregiões e Coordenadorias Regionais de Saúde do RS.	43
3. Mapa das Regiões de Saúde do RS, segundo Res. CIB 555/12.	44
4. Modelo da determinação social do processo saúde-doença	92

LISTA DE QUADROS

1. População dos municípios da 16ª CRS em 2000 e 2013	46
2. Avaliação dos serviços públicos em Encantado (julho/2012).	69
3. Avaliação dos serviços públicos em Estrela (julho/2012).	70
4. Avaliação dos serviços públicos de Cruzeiro do Sul (julho/2012).	72
5. Avaliação dos serviços públicos de Arroio do Meio (julho/2012).	73
6. Avaliação dos serviços públicos em Lajeado (julho/2012).	75
7. Avaliação dos serviços públicos de Teutônia (julho/2012).	76
8. Os municípios e seus Planos Municipais de Saúde	173
9. Ações propostas nos PMS quanto aos problemas socioambientais	185

LISTA DE GRÁFICOS

1. Percentual de Domicílios Atendidos por Rede de Abastecimento de Água - 2005-2007	117
---	-----

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CODEVAT – Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Taquari
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESP – Escola de Saúde Pública
FMS – Fundo Municipal de Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RS – Rio Grande do Sul
SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A articulação entre os temas da Saúde e as Condições Ambientais apresenta-se relativamente recente nas investigações acadêmicas. Esta aproximação traz à análise conceitos e ações que podem prevenir ou reverter práticas sociais de agressão aos condicionantes de bem-estar ambiental e à qualidade da saúde humana. As ponderações sobre tal conexão colocam no centro do debate a revisão do imaginário de desenvolvimento social e do conceito de saúde e as contingências da doença e, por conseqüência, uma readequação dos processos atinentes ao planejamento estratégico das políticas públicas de saúde, primando pela prevenção e promoção. Estes pontos vêm sendo destacados como fundamentais na inovação das estratégias da saúde pública para condições de vida mais adequadas para a população.

Os problemas socioambientais no âmbito municipal e a sua relação com o campo da saúde colocam-se ordinariamente no horizonte das discussões sobre os parâmetros de concepção e de avaliação das políticas públicas em saúde? A resposta a este questionamento depende em grande medida da existência de articulações para a vigência de políticas públicas intersetoriais sendo gestadas no âmbito municipal entre os profissionais em combinação com os Conselhos de Saúde.

A presente tese analisa em que medida os problemas socioambientais são considerados pelos atores sociais do campo da saúde na formulação de políticas públicas.

Iniciamos pela reflexão acerca da pluralidade dos espaços em que vivem os brasileiros, seja nas metrópoles, mas particularmente nos rincões riograndenses, nas

suas dificuldades em terem garantidos os seus direitos básicos, legalmente reconhecidos, inseridos em distintos territórios, tão desiguais na sua organização sociopolítica, econômica e cultural (ARRETCHE, 1999; MENDES, 2001). Nessa imensidão brasileira, tomamos por base geográfica para a reflexão a região do Vale do Taquari (RS). Mais especificamente, a área de abrangência de uma regional de saúde dentro do mapa estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES); no caso, a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS).

Em termos um pouco mais específicos, aborda-se o tema da responsabilidade do Estado sobre o desenvolvimento de políticas de saúde que consideram a questão ambiental (e seus problemas). No Estado brasileiro organizado sobre uma base amplamente normativa, as políticas públicas de saúde são delineadas participativamente, a partir da interlocução interfederativa da qual são partícipes tanto a União, quanto estados e municípios, embora se questione a assimetria de poder na relação, na medida em que os recursos econômicos encontram-se concentrados na esfera federal, na sua maior parte (SOUZA, 2013).

São muitos os atores que incidem sobre a questão, mas, para fins da análise, nos debruçamos sobre aqueles que atuam efetivamente dentro dos conselhos municipais de saúde, os quais são, em última instância, a esperança de que a participação da comunidade/controle social se dê de forma qualificada e protagonista para a mudança saudável na condução dos problemas socioambientais que impactam a saúde e, de resto, no desenvolvimento de um sistema de saúde equitativo, integral e universal, como preconiza nossa Constituição Federal de 1988 (CF/1988), e que é almejado por movimentos sociais desde há décadas (CARVALHO, 1995; CARVALHO, 2007; AVRITZER, 2009). Obviamente que a esfera municipal não tem autonomia plena na condução da saúde local, estando sujeita às normas federais

e estaduais que, à priori, são editadas em acordo prévio com os representantes de todos os atores políticos envolvidos¹.

De toda forma, o que se deseja no Brasil, a nosso ver, a partir de um sistema de saúde participativo, no qual os brasileiros são convocados a participar por meio do controle social, conforme veremos adiante, é a garantia do direito à saúde enquanto bem fundamental do ser humano. No entanto, a distinção entre os diferentes grupos sociais estabelece uma distância considerável entre os poucos que têm muito, economicamente, em relação aos muitos que nada têm.

Sucessivos governos não têm sido efetivos na diminuição destas desigualdades, ao passo que o Brasil ainda hoje apresenta uma concentração de renda entre os mais ricos que se destaca em nível mundial (AVRITZER, 2009; IBGE, 2010). Este desequilíbrio na distribuição dos recursos disponíveis caracteriza o que Pires e Keil (2000) denominam de “severa violação de direito” (p.49), quando citam que em termos planetários 80% das pessoas podem ser consideradas excluídas e se “aglomeram como sobreviventes em novas versões dissimuladas de campos de concentração” (p.43).

Nas cidades brasileiras, de qualquer porte populacional, é notável a separação geográfica do poder econômico, refletida na existência de bairros pobres, bairros de classe média, bairros nobres, cada qual com suas características “culturais” peculiares, separando as pessoas. No campo não é diferente, espaço de conflito constituído, entre latifúndios e minifúndios, grandes proprietários e os sem-terra. Em cada espaço social, a dicotomia se confirma e a dificuldade de vencê-la parece impossível. Excluídos dependem da “boa-vontade” dos incluídos para sobreviverem

¹ Em nível nacional, para pactuação das políticas públicas, existe a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da qual fazem parte o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No nível estadual, a pactuação ocorre na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da qual participam a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

com as sobras do capital. Quanto às desigualdades sociais, Bourdieu (2008) afirma em sua obra que a dominação se estabelece e se perpetua, por meio de instrumentos culturais, desde o modelo educacional às políticas cotidianas, refletindo-se numa violência simbólica contra os excluídos.

Neste contexto de desigualdade, quais medidas o Estado brasileiro poderia desenvolver no sentido de diminuir a distância entre os polos? Quais políticas públicas poderiam vir de encontro à desigualdade, como contraponto à ordem posta, interferindo na equação excluídos-incluídos? Partimos do ponto de vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das formas de inclusão social, via garantia de direitos, ao definir a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios doutrinários elementares. Implantar e fortalecer um SUS competente, portanto, é enfrentar parte da desigualdade social brasileira, reduzindo as iniquidades sociais, adotando uma concepção de saúde amparada nos determinantes sociais, percebendo a saúde do cidadão como um direito humano. Em outras palavras, um sistema de saúde que não se oriente pelo mercado, pela monetarização da vida, visto que a saúde é um bem inalienável do ser humano. É um direito humano e, como tal, não pode ser violado.

Nesta tese debruçamo-nos sobre uma série de dados empíricos, desde informações coletadas em pesquisas eleitorais de 2012, às vésperas de eleições municipais, reportagens inseridas na imprensa escrita local que analisa as questões socioambientais, planos municipais de saúde em vigor desde 2009 e as vozes de 14 conselheiros de saúde (societais e estatais, conforme definido por Cortes (2009), escolhidos por conveniência, entre tantos conselheiros, para ouvir um pouco da construção do sistema de saúde, suas dificuldades e potencialidades. Com amparo em Minayo (2004; 2005), a busca de dados diversificados sobre o tema visa juntar um conjunto de informações e, desta forma, montar um cenário regional que permita

considerar a realidade complexa e refletir sobre os problemas que vivemos, enquanto região.

Ao final, esperamos alcançar algumas respostas às nossas interrogações, cientes de que o mundo social é dinâmico, territórios são complexos, suscetíveis às mudanças em curso, conforme nos ensina Santos (2008). Trata-se de um retrato de uma região, em dado momento de sua história, suas dificuldades de agora, suas potencialidades para o próximo período e, frente a tudo isto, de confrontar um *status quo* dominado pela doença e seu impacto sobre a vida, no plano individual e coletivo e o debate em torno da construção coletiva de políticas públicas de saúde a partir de um conjunto de sujeitos que ou buscam a coesão nas suas propostas ou estão em luta por interesses em conflito.

1.1 Primeiras palavras na partida: trajetória para a reflexão

Creio ser importante situar a posição que ocupo no desenvolvimento da reflexão, como autor deste trabalho. Sou ator-participante do campo de pesquisa, militante do campo da saúde coletiva, defensor do Sistema Único de Saúde e seus princípios e diretrizes, trabalhador da saúde de há muitos anos inserido na gestão, na construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), no enfrentamento às resistências de um mercado da saúde ancorado sobre uma sólida indústria da doença, instigado pela impaciência de ver o desenvolvimento das políticas de saúde ocorrer de forma mais lenta do que o ansiado. Este sistema do qual me considero militante é construído a muitas mãos, como se vê destacado por Paim, ao afirmar que

“(o SUS) é um sistema que foi institucionalizado a partir da Constituição de 1988, resultante de um amplo movimento social, que envolveu estudantes, profissionais de saúde, setores populares, professores e pesquisadores” (PAIM, 2011, p.6).

Para tanto, me inclino sobre o meu chão, o lugar em que habito e que me proporcionou a boa luta no ensino e no serviço, na gestão e na participação do controle social, via conferências e conselhos de saúde. São pelo menos 17 anos de ativismo na construção coletiva de uma pretensa utopia, o Sistema Único de Saúde, em torno de um tema que me é caro, como descrevo adiante. E, por muitas vezes, escassearam as forças para avançar. Mas, ao mesmo tempo, jamais faltaram parceiros (as) nesta caminhada. São trabalhadores da saúde, gestores, prestadores de serviços, usuários do sistema (BRASIL, 2006), enfim, muitas vezes que se movem adiante, inspiram-se mutuamente.

Como já referi, é o “meu chão”, o lugar em que desenvolvi minha trajetória que, aliás, descrevo dentro do capítulo, visto ser ator-participante do cenário em que se dá o campo do trabalho em tela. Não se trata, portanto, de uma reflexão isenta de um ponto de vista específico, se é que é possível a neutralidade absoluta (BECKER, 1999). Minayo (2004) destaca a posição do pesquisador no desenvolvimento das ciências sociais, conquanto ator participante que compõe uma trajetória de vida específica e é portador de um ponto de vista pré-determinado. Toda interpretação de um contexto, nesta perspectiva, parte de uma vista do ponto em análise e, em vista disto, a neutralidade é subjetiva (BECKER, 1999). Diante disto, a reflexão crítica se posiciona na dialética entre o desejável e o real, no confronto das dualidades intrínsecas e na interpretação/hermenêutica do cotidiano, o que permite certas inferências acerca desta realidade em análise, levando-se em conta, contudo, que mesmo esta realidade é de certa forma, um retrato que não alcança todas as variáveis que influem no cenário (MINAYO, 2005).

Sou fisioterapeuta, formado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em janeiro de 1994 e trabalhei na iniciativa privada, exclusivamente, até o final de 1996, mantendo consultório de Fisioterapia e atuando em duas APAE's, nos municípios de Teutônia e Bom Retiro do Sul. Minha formação acadêmica, sem

dúvida alguma, se deu no modelo médico-centrado, positivista, racionalista, calcado no mercado da saúde, no aprendizado focado nos métodos e técnicas da Fisioterapia (e, neste contexto, nas doenças e agravos que estes métodos e técnicas tratam) e, embora houvesse disciplinas como Antropologia, Sociologia Geral, Estudo dos Problemas Brasileiros, entre outras do campo das ciências sociais, todas foram “menores” no processo de formação, não suscitando maior interesse nos acadêmicos, salvo exceções (entre as quais talvez me situe).

Reafirmo minha formação acadêmica positivista no campo da saúde como alternativa única, pois é o modelo de formação da época, na primeira metade da década de 1990, período em que estive nos bancos universitários da graduação. O SUS estava em implantação no Brasil e não foi tema corrente na formação, passando ao largo o debate sobre seus princípios e diretrizes, ao menos no curso de Fisioterapia da UFSM. Da mesma forma, disciplinas focadas na atuação na comunidade eram raras, destacando-se a “Fisioterapia Preventiva” como quase uma ‘filha única’ no currículo do curso.

Sem dúvidas, saí despreparado para o trabalho em saúde segundo as concepções nascentes no SUS, numa perspectiva mais crítica e reflexiva na associação da saúde com sua produção social, conforme propõe a saúde coletiva, amparada nas ciências sociais e humanas. Fui preparado para ser um profissional apto a atender pessoas doentes, especialmente nas áreas da traumatologia, ortopedia, neurologia e pneumologia, as quais são aquelas majoritárias no núcleo de estudos da profissão. Em síntese, formei-me com a ideia pré-concebida de ter consultório privado próprio, ou de trabalhar em hospitais, visão primeira da maioria dos profissionais à época e, provavelmente, ainda hoje. Uma percepção racional da vida: posicionar-se na sociedade, exercer um papel determinado, em uma ‘solidariedade mecânica’ *durkheimiana*.

Já no período acadêmico fui participante do movimento estudantil, presidindo o diretório acadêmico do curso de Fisioterapia por dois anos (1991/1992). Embora detivesse esta posição de representação política do corpo discente, na realidade não se tratava de uma militância efetiva, visto que no curso de Fisioterapia o engajamento nas lutas do movimento estudantil da época era modesto. A grande maioria dos discentes não participava de mobilizações em torno de direitos, o que cabia a poucos representantes, entre os quais me incluo.

Na trajetória profissional, retornando à minha cidade natal (Teutônia/RS), me vi envolvido na política partidária, disputando a Câmara de Vereadores na eleição de 1996, pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Embora não tenha logrado êxito na campanha, a coligação (PMDB, PT e PTB) venceu as eleições no nível municipal e fui convidado a ocupar a condição de secretário municipal de Saúde, Habitação e Bem-estar Social. À época contava 26 anos de idade e estimulado pelo desafio aceitei o encargo, ocupando a titularidade da secretaria entre janeiro de 1997 e novembro de 1998.

Foi um período de muito aprendizado teórico-prático sobre o sistema de saúde brasileiro, em seus aspectos positivos e negativos. Como mencionei anteriormente, o meu conhecimento prévio sobre o funcionamento da saúde pública no país era escasso e isto significou uma carga extra de empenho para a atribuição. Foram quase dois anos de muito trabalho e que mudaram a minha vida profissional, visto o gosto adquirido pela gestão da saúde, em seus aspectos técnicos, administrativos e políticos. Cabe destacar, de antemão, que a gestão que assumia era inexperiente na condução do município já que as três administrações anteriores couberam a outro grupo político, ao qual havíamos vencido. Adiante voltaremos a esta história, mas o SUS ainda estava em construção e no nível municipal literalmente montamos uma secretaria de saúde e redigimos o primeiro Plano Municipal de Saúde (PMS) naquele momento.

Os primeiros contatos quanto à relação saúde e ambiente ocorreram neste período, na medida em que se desenvolveram uma série de ações relacionadas ao saneamento básico e controle da emissão de poluentes nos córregos de água, controle da qualidade da água e do desenvolvimento da vigilância em saúde no município. Em 1997 pela primeira vez visitei um típico “lixão” a céu aberto e tenho a lembrança viva do choque que a cena me representou, nos resíduos disseminados por todo terreno, a partir da ação do vento, espalhando-se pelas terras vizinhas. Naquele ambiente residia um casal de zeladores que de alguma forma buscava selecionar resíduos para a reciclagem. Dentro da casa, na cozinha, local de preparo de sua alimentação, moscas, e o cheiro inconfundível do chorume produzido pelo lixo em decomposição. Uma cena deprimente que revi poucas vezes em minha vida.

Mas, por outro lado, visitei aterros sanitários regularmente estruturados, já naquela época, conforme preconizava a legislação, como foi o caso de Lajeado, Dois Irmãos e Panambi, principalmente. Visitei estes locais tendo em vista que naquele momento a secretaria que eu comandava estruturava ações conjuntas com a então Secretaria da Agricultura e do Meio Ambiente de Teutônia, visando ações educativas relacionadas ao tema “lixo”, por meio do uso de sacolas plásticas com cores diferenciadas (coloridas para lixo seco, brancas para lixo orgânico) e estímulo à coleta seletiva. Tal trabalho intersetorial não prosperou conforme imaginamos por questões políticas do segundo semestre de 1998 e que culminou com a desarticulação e saída da prefeitura da equipe que vinha estudando a questão. Em outras palavras, a minha saída da administração municipal foi ocasionada pelo rompimento político dos partidos participantes da coligação vencedora do pleito municipal de 1996, os quais se enfrentaram no nível estadual, em 1998, em segundo turno (Olívio Dutra (PT) versus Antônio Britto (PMDB)). Com o acirramento da disputa, ocorreu a cisão no nível local, provocando a saída de um grupo de servidores públicos do PT detentores de cargos de confiança, entre os quais me incluía.

Minha formação na gestão das políticas públicas continuou quando em janeiro de 1999 aceitei o convite para assumir a direção da 16ª CRS, representação regional da Secretaria Estadual de Saúde (SES), cargo que ocupei até dezembro de 2002. Inicialmente como cargo em comissão (CC) do Governo de Olívio Dutra (PT), fui nomeado servidor público estável, neste meio tempo, a partir de concurso público prestado na SES, como 'especialista em saúde', passando então a receber uma função gratificada (FG), até o fim da gestão estadual de 2002.

Considerando a estabilidade no serviço público, com a assunção de um novo governo em 2003, mantive-me atuando na 16ª CRS, lotado no Setor de Planejamento e Regulação da repartição pública, responsável pelo desenvolvimento das políticas de saúde na região, junto com o Setor de Ações de Saúde e o Setor de Vigilância em Saúde. Obviamente que a condição de ter sido coordenador da CRS me fez ser relativamente bem conhecido na região de cobertura da 16ª CRS e, também, respeitado pelos colegas de trabalho.

Entretanto, este certo protagonismo no debate quanto às políticas de saúde nem sempre foi bem visto pelos gestores estaduais e regionais da saúde nos governos vindouros (2003-2006 e 2007-2011), na medida em que fui gestor em um governo com posicionamento ideológico diferente daqueles destes períodos mencionados. Ainda assim, entre 2003/2004 participei ativamente como tutor da formação/capacitação de conselheiros municipais de saúde proposta pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e pela Escola de Saúde Pública (ESP) da SES, momento em que tive um contato direto com muitos relatos sobre a precariedade do funcionamento e da dinâmica política nestes espaços de participação da comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2003 prestei concurso para o cargo de professor assistente junto ao Centro Universitário UNIVATES, de Lajeado (RS), no qual logrei êxito. Comecei a lecionar efetivamente no mês de agosto de 2004, período em que ainda ativo politicamente em

Teutônia disputei a eleição neste município na condição de candidato a vice-prefeito pelo PT, porém sem êxito.

Na UNIVATES, os primeiros anos foram vividos em disciplinas específicas do curso de Fisioterapia (História e Fundamentos da Fisioterapia, Legislação e Ética na Fisioterapia, Saúde Pública, Fisioterapia na Promoção e Prevenção em Saúde). Nos últimos anos, a estas disciplinas agreguei outras, como Saúde Coletiva (disciplina comum a seis cursos e que substituiu a 'Saúde Pública') e Legislação e Ética (no curso de Estética e Cosmética), além de disciplinas esporádicas em cursos de Pós-Graduação, especialmente nas áreas de Gestão em Saúde, após finalizar meu mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, cursado na própria UNIVATES, entre meados de 2006 e maio de 2008.

Estive lotado na CRS até dezembro de 2012, conciliando o serviço público e a docência universitária, sendo que desde 2005/2006 vivi com certa intensidade o envolvimento em grupos de pesquisa na área da saúde coletiva, políticas públicas, planejamento em saúde e participação social. Este fato me traz ao objeto de pesquisa desta tese, na medida em que é tema de interesse desde este período.

Em janeiro de 2013, a partir de convite recebido pelo candidato vencedor da eleição em Lajeado (Luis Fernando Schmidt, PT), assumi a condição de secretário de saúde deste município, situação que me permite mais uma vez vivenciar de forma concreta a gestão da saúde, suas potencialidades e seus entraves. Um novo desafio, numa cidade de porte médio, referência regional na assistência a saúde, que significou uma carga excepcional de trabalho desde o início desse ano.

Em resumo, o descrito pretende dizer que na minha trajetória entrecruzam-se o ensino, a gestão e o serviço de saúde, permitindo experimentar diferentes ângulos do desenvolvimento da saúde. Cabe afirmar ainda que eu fui conselheiro municipal de saúde em Teutônia (RS) entre 1997 e 2002, conselheiro regional de saúde entre

2001 e 2006 e conselheiro municipal de saúde desde janeiro de 2013, em Lajeado. Neste meio tempo, fui delegado na 5ª Conferência Estadual de Saúde realizada em Caxias do Sul em 2003 e na 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, também em 2003. Além disso, contribuí como facilitador/palestrante em inúmeras conferências municipais de saúde da região na década de 2000 e em 2011, abordando o tema da organização local da saúde e sua articulação regional, segundo os princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na necessidade de qualificar o controle social.

Minha posição, portanto, não é neutra no processo de construção do SUS, pelo contrário, advém da prática em serviço, na gestão, na participação/controle social e no percurso acadêmico na docência acadêmica.

Especificamente quanto ao interesse pelo tema deste trabalho, este vem desde a atuação como servidor público estadual e na caminhada acadêmica, pesquisando a “construção de políticas públicas que relacionam a saúde e o ambiente” desde o mestrado². Investigando equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em cinco pequenos municípios da região do Vale do Taquari (RS), percebi que a maioria dos entrevistados (enfermeiros e médicos) relacionou com propriedade que a saúde da população é determinada e condicionada pelos problemas socioambientais, os quais incidem sobre as condições de vida. No entanto, os mesmos relataram acreditar que o tema não desperta maior preocupação à população atendida pela ESF, na medida em que há muitos moradores que queimam os resíduos sólidos, que não se preocupam com o esgotamento sanitário, que moram em habitações

2 A dissertação foi defendida em 14/05/2008, junto ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Ambiente e Desenvolvimento, no Centro Universitário Univates (Lajeado, RS), intitulada “O processo saúde-doença nas concepções de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família e a sua relação com os problemas socioambientais”, disponível em http://www.univates.br/ppgad/discentes_turma1.php.

insalubres, entre outras questões, informações colhidas a partir do cadastramento das famílias e da vivência no território de vida da população assistida. Os enfermeiros e médicos constataram inclusive que há a incidência de uma série de doenças que podem ser atribuídas às condições ambientais em que a população vive, embora na rotina de trabalho a ênfase seja sobre o diagnóstico e tratamento.

Nestes termos, este diagnóstico instigou-me à pesquisa, na inquietude de querer que a saúde pública da região se desenvolvesse segundo o conceito ampliado de saúde, ao invés de manter-se focado quase que exclusivamente nos processos de adoecimento e morte. Por “conceito ampliado de saúde”, entenda-se o debate a ser aprofundado mais adiante, mas que inicialmente implica compreender a saúde como produzida socialmente, a partir da determinação da condição de vida dos sujeitos (BUSS, 2003; 2007).

Trabalhadores da saúde, sociedade civil participantes do controle social (em especial os conselhos de saúde), prestadores de serviços, gestores, academia, enfim todos os atores sociais envolvidos no campo da saúde (societais e estatais) são arrastados pela ‘indústria da doença’ para o discurso biomédico centrado, minimizando a promoção efetiva da saúde. Será apenas uma apreciação peculiar de observador? Ou, ao contrário, a constatação possui consistência e, por isso, avançamos pouco (ou menos que o desejável) na atenção primária em saúde? De qualquer forma parece relevante interrogar-se sobre os avanços na política pública de saúde. São inquietações de um pesquisador participante ativo do seu campo de ação profissional e de investigação.

1.2 Quanto a responsabilidades frente à questão saúde e ambiente

As interrogações/inquietações quanto à questão vêm se firmando a partir do olhar interessado e o tomar conhecimento por meio de medições de atribuição de

alguma significação, amparada na leitura de diversos autores do campo das ciências sociais e humanas da saúde coletiva (alguns deles presentes adiante) de que o desenvolvimento de políticas públicas de saúde (no Brasil e no mundo) tem se mantido segundo o paradigma tecnoassistencial médico-centrado, de base filosófica positivista, majoritariamente (PAIM, 1999; CAPRA, 2005; CAMPOS, 2006; 2006b; VASCONCELOS, 2006; HOCHMANN, 2012). Aparentemente, no cotidiano da política de saúde é a doença que preocupa e que demanda a prática dos agentes sociais, o que atende ao desejo da “indústria da doença”, diminuindo a potência da articulação de uma política mais efetiva e resolutiva (CARVALHO, 2005; SILVA JUNIOR, 2006).

Com efeito, de quem é a responsabilidade ou competência para agir frente à questão do desenvolvimento de políticas públicas dirigidas aos problemas socioambientais e suas repercussões sobre a saúde humana? A ação é premente frente à crise civilizatória que a humanidade vive, conforme apregoa Porto (2012). Autores como Minayo (2002; 2007); Akermann (2005); Freitas e Porto (2006); Leff (2005); Portilho (2005); Lenzi (2006), entre outros, nos têm trazido elementos para compreender esta necessidade à ação e as causas multidimensionais e complexas que limitam a articulação de medidas mais efetivas e que tenham alto impacto sobre os determinantes da saúde, como veremos adiante.

“A construção desse campo de saberes e de práticas é, ainda, incipiente, carecendo tanto de aprofundamento teórico quanto de ampliação do escopo dos conhecimentos, pois, trata-se, em muitos casos, de problemas essencialmente novos. [...] Nesse sentido, torna-se necessário construir um sólido arcabouço que permita contribuir para a formulação de políticas públicas e a redefinição das práticas dos sistemas e serviços em saúde e ambiente nas cidades” (IANNI e QUITÉRIO, 2006, p. 171).

A partir deste debate acadêmico, já sabemos que é necessário que as políticas públicas de saúde estejam atentas às necessidades reais da população, conquanto o acesso à saúde seja um direito fundamental do ser humano e, no entanto, na prática social e governamental, isto não se realiza, com a frequência necessária.

Ao nos referirmos em direito humano fundamental, Dallari (1998) menciona que a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), lançada em 1948, significou uma esperança de mudanças efetivas, ao reafirmar os direitos igualitários dos seres humanos e condenar o individualismo materialista. A declaração resgata princípios originais da Revolução Francesa, a qual aspirava uma sociedade orientada pela liberdade, pela igualdade e a fraternidade, mas que acabou por acentuar a diferenciação de classes sociais. Segundo Dallari (1998), o direito à propriedade, vislumbrado à época, cristalizou nas mãos da elite econômica que se fortificava, a burguesia, os bens materiais, sendo que

“A igualdade de direitos e de oportunidades foi completamente esquecida, usando-se o sofisma de que a desigualdade é justa se todos forem livres. Não se levou em conta que nada significa o direito de ser livre para quem, nascido na pobreza e sem acesso à educação, aos cuidados de saúde, à boa alimentação e a tudo o mais de que a pessoa humana necessita para sobreviver com dignidade, não tem, por todas essas limitações, o poder de ser livre” (Dallari, p. 23).

Neste contexto, em relação à saúde no Brasil, a sua construção histórica ao longo do século XX demonstra que o Estado brasileiro insere-se como interessado à medida que os trabalhadores doentes constituem-se em problema para a produção econômica. Exemplo claro se dá na Amazônia, na extração do látex para produção da borracha, importante componente na indústria automobilística norte-americana. Conforme Bertolli Filho (2006), neste caso, quando as doenças típicas locais (malária e febre amarela, entre outras) começaram a prejudicar a produtividade dos trabalhadores e por consequência o lucro do capital, o Brasil inicia uma campanha de prevenção em saúde, com apoio dos Estados Unidos.

Na minha trajetória pessoal, na vida profissional/acadêmica, a partir da pesquisa do mestrado, anteriormente mencionada, percebi certa dificuldade das equipes de ESF em identificarem os problemas socioambientais que incidem sobre os territórios nos quais atuam, a partir de informações fidedignas colhidas na rotina do trabalho. Isto causa certo estranhamento, pois estas equipes têm à sua disposição

sistemas de informação razoavelmente bem construídos, entre os quais se destaca o SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica, o qual, aliás, é alimentado pelos próprios trabalhadores inseridos na Saúde da Família (BRASIL, 2006). A dificuldade provavelmente reside no fato de que este tipo de problema não esteja no horizonte de preocupações da própria formação profissional já que são raras abordagens ambientais nos cursos da saúde, especificamente da enfermagem e da medicina, conforme estudei em meu mestrado (SCHWINGEL, 2008).

Reconhecendo-se que os problemas ambientais impactam a vida das pessoas, o fato, no entanto, não tem se refletido em práticas mais efetivas, mesmo no âmbito dos territórios atendidos pela ESF, que pretende ser uma política pública diferenciada, centrando seu trabalho na promoção da saúde, ao invés do hegemônico modelo centrado na doença (BROMBERGER, 2003; MINAYO, 2007). Bromberger (2003), há dez anos destaca a necessidade dos temas ambientais serem mais presentes no processo de planejamento e trabalho da atenção básica, via a Saúde da Família.

A própria Portaria GM/MS 1886, de 18/12/1997, que “aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)”, oficializando a estratégia em implantação desde 1994 (PAIM, 1999), definia em seu texto, no item ‘8.14.3’ que entre as atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) constava buscar informações para traçar o

“perfil socioeconômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência” (Portaria MS/GM 1886/1998).

Este é um dos pontos descritos como da ação do ACS no seu trabalho, sendo que podemos destacar que há outros momentos em que esta atividade sobre as condições de vida é relevante, como no item 8.15.5:

“Realizar, com demais profissionais da unidade básica de saúde, o diagnóstico demográfico e a definição do perfil sócio econômico da comunidade, a identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, a descrição do perfil do

meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da área de abrangência dos ACS sob sua responsabilidade” (Portaria MS/GM 1886/1998).

Como podemos perceber o PSF e o PACS, atualmente renomeada como ESF, em 2006, por meio da Portaria GM/MS 648, de 28/03/2006, define certo protagonismo dos profissionais da saúde nas ações sobre os problemas socioambientais, reconfigurando as práticas sanitárias no âmbito dos serviços de saúde.

Aliás, é na Portaria GM/MS 648/2006 que será instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, neste documento, estabelecer-se-ão as bases para o fortalecimento da promoção da saúde enquanto estratégica para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. A ESF é reafirmada na sua centralidade, enquanto aposta para a mudança das condições sanitárias e sociais, determinando à equipe de trabalhadores de saúde um leque de ações que varia da assistência técnica a “ser um espaço de construção da cidadania”, conforme se lê no inciso V dos princípios gerais das especificidades da estratégia de saúde da família (capítulo II).

No entanto, a gestão terá dificuldades no desenvolvimento desta atribuição e é possível inferir que esta fragilidade esteja também presente nos outros serviços de saúde. No caso específico da ESF, o trabalho é desenvolvido com foco na atenção básica em saúde a qual é definida como:

“[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida” (Portaria 648, de 28/03/2006 e reafirmado na Portaria 2488, de 21/10/2011).

Como se percebe, o texto da Portaria GM/MS 648 de 2006, expressa um substancial desafio aos componentes da rede de saúde quanto às mudanças à que se propõe a Atenção Básica no contexto do SUS.

A legislação mais recente referente ao tema é a Resolução GM/MS 2488, editada em 21/10/2011, que atualizará a Portaria 648/2006 em aspectos organizacionais, sem alterar, no entanto, as diretrizes da PNAB. A discussão em torno deste desafio será retomada adiante, pois inserir o tema saneamento básico/problemas socioambientais no desenvolvimento das políticas públicas faz parte deste desafio.

A pesquisa do mestrado indicou que as equipes não planejavam as suas práticas, rotineiramente, à época. Não se evidenciou uma sistemática de reuniões que propiciasse a análise da realidade do território e o planejamento das ações cotidianas, o que por si só é um limite importante a ser superado. Um dos fatos que chamou a atenção no desenvolvimento da dissertação é que tanto os enfermeiros quanto os médicos entrevistados souberam listar uma série de possíveis parceiros sociais para o desenvolvimento de políticas públicas que relacionam saúde e ambiente, tanto setoriais quanto intersetoriais, citando secretarias ou órgãos da esfera municipal e também outras organizações, tais como clubes de mães, sindicatos, igrejas, associações de bairro, entre outras, resultados que se aproximam àqueles nomeados por Bromberger (2003). No entanto, em sendo um tema transversal e relacionado a diferentes atores, cabe perguntar quem “puxa a frente?”, como referiu um dos entrevistados no estudo do mestrado.

Os problemas socioambientais estão na pauta central das preocupações de parcela da humanidade desde as décadas de 1960/1970, visto representarem um risco em escala planetária, conforme afirmam Leff (2005) e Lenzi (2006), ou uma crise civilizatória, nas palavras de Porto (2012). A crise energética via escassez dos combustíveis fósseis, por exemplo, é um dos aspectos que incide sobre a sociedade,

sendo fonte de preocupação quanto ao impacto socioeconômico e estimulando a busca de alternativas (FREITAS e PORTO, 2006; LOPES, 2006).

No âmbito local, o abastecimento de água, o sistema de esgoto, a coleta e destinação do lixo, a drenagem de águas pluviais, controle de insetos e roedores, saneamento dos alimentos, controle da poluição ambiental, saneamento da habitação, dos locais de trabalho e de recreação, planejamento territorial, são algumas questões ambientais que dependem do agir dos diferentes atores sociais envolvidos, conforme destaca o documento *“Atenção Primária Ambiental”*, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), de 1999. Este documento afirma que, embora não haja ainda a percepção clara da importância do tema para a população, são problemas que afetam a todos, pois causam adoecimento e morte. É, portanto, uma questão de interesse do campo das políticas sociais e da saúde, especificamente, e da sociedade, por conseguinte, conforme ratifica documento da ONU - Organização das Nações Unidas (2009).

Os problemas socioambientais, a priori, são considerados mais relevantes nos grandes centros urbanos, visto concentrarem maior população, normalmente distribuída de forma pouco planejada, com bolsões de miserabilidade e a consequente vulnerabilidade social (OPAS, 1996; VITTE et al, 2009). Por outro lado, em municípios pequenos e médios em termos populacionais, aparentemente os problemas não são percebidos de forma concreta, a atenção dos atores sociais não está voltada para esta questão, o que se reflete na menor incidência ou mesmo na ausência de políticas públicas.

Entre 2007 e 2008 participei de um grupo de pesquisa-ação que aplicou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), segundo proposto por autores

como Carlos Matus³ e Mário Testa⁴, em um pequeno município da região do Vale do Taquari (MEDEIROS et al, 2008). O PES surge sob o enfoque econômico-social, mas segundo Artmann (2013), será adaptado para aplicação nas áreas da saúde, educação e planejamento urbano e entre seus aspectos relevantes está o reconhecimento da incerteza e complexidade em torno dos processos sociais e as variáveis dinâmicas envolvidas, contrapondo o planejamento normativo (TESTA; 2007).

O trabalho foi realizado com o envolvimento de toda a equipe municipal de saúde, visando compor a explicação situacional, com a descrição da realidade e dos problemas enfrentados e, entre estes, determinar níveis de prioridade (TESTA, 2007; ARTMANN, 2013). O principal problema detectado e eleito como prioritário, de acordo com a metodologia do PES, foi o manejo dos resíduos sólidos (lixo domiciliar) produzidos em todo território municipal (meio urbano e rural). Isto, de certa forma, surpreendeu a equipe condutora da pesquisa, visto o inusitado de um tema ambiental aparecer como prioridade para uma equipe de ESF em um município com menos de três mil habitantes, o qual tem características majoritariamente rurais, com pequenos minifúndios nos quais se plantam alimentos em geral, além da cultura da uva para produção vinícola (MEDEIROS et al, 2008).

A forma de descarte do lixo nas lixeiras da rua para o serviço de recolhimento contratado foi um dos aspectos destacados pelos entrevistados, pois lhes incomodava a exposição e impacto visual na cidade, além do cheiro e das condições propícias à criação de roedores. Segundo Medeiros et al (2008), o destino correto do lixo produzido pelos residentes na zona rural também foi alvo de preocupações, sendo afirmado pelos entrevistados que a rotina de recolhimento do lixo no interior

3 Chileno (1931-1998), ministro da economia do governo Allende entre 1970-1973, desenvolveu vasta obra na área do planejamento estratégico situacional, influenciando o campo da saúde brasileira desde as décadas de 1980/1990.

4 Mário Testa, argentino, desenvolve a ideia do pensamento estratégico na formulação de políticas públicas, associando-se às concepções de Carlos Matus.

representa um problema significativo no município investigado, pois os resíduos acabam depositados nas terras dos agricultores ou são queimados, já que não são recolhidos, costumeiramente, pela coleta pública.

A pesquisa, realizada à época, desencadeou uma série de ações por parte da equipe da ESF, entre os quais se destaca um seminário aberto a toda população para tratar do destino adequado de resíduos sólidos, tanto na área urbana quanto rural (MEDEIROS et al, 2008). Por informação, encerrando-se a pesquisa não mantivemos acompanhamento quanto ao seguimento ou não das atividades no âmbito municipal e este município não esteve incluído entre os atores sociais participantes do Conselho Municipal de Saúde que foram entrevistados nesta construção da tese.

Neste contexto, quem são estes atores sociais mencionados pelo texto da Organização Pan-americana de Saúde (1999)? A quem cabe promover saúde, ampliando as condições de vida da população? É uma atribuição dos trabalhadores da saúde, dos participantes do controle social e da própria população? Ou, de outra forma, é necessário abordar os problemas socioambientais, de forma intersetorial? A nosso ver, os trabalhadores da saúde são atores de destaque, à medida que no seu trabalho cotidiano estão em contato permanente com a população, especialmente nas políticas públicas vinculadas ao SUS.

No entanto, não se trata de uma atribuição específica e privativa deste ator. Ao contrário, podemos afirmar que a responsabilidade pelo desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à questão ambiental não é só do trabalhador da saúde. Conforme defende Augusto et al (2003), trata-se, antes disso, de uma atribuição intersetorial, tendo em vista a multidimensionalidade dos problemas socioambientais.

Saboia (2003) e Vasconcelos (2006) afirmam que o trabalhador da saúde, na sua prática profissional, deveria ter por foco o ser humano na integralidade da sua

existência, conforme apregoa o SUS e as próprias diretrizes curriculares dos cursos de formação superior na área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e ratificadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no início da década de 2000. Com efeito, a elaboração de políticas públicas relacionadas aos problemas socioambientais ultrapassa sua competência, sendo fundamental a relação com outras áreas. Porto (2012) afirma serem inaceitáveis e imorais os riscos ambientais difusos da atualidade e conclama por políticas públicas articuladas intersetorialmente, defendendo a necessidade da participação ativa de todos os atores sociais envolvidos. Partilhamos deste sentimento.

1.3 Delimitando objetivos e o problema da investigação

A partir destas palavras iniciais, esta tese teve por objetivo geral conhecer as potencialidades e dificuldades para o desenvolvimento de políticas públicas setoriais e intersetoriais dirigidas aos problemas socioambientais a partir dos atores sociais participantes de conselhos de saúde de municípios de pequeno porte da região do Vale do Taquari (RS).

Para alcançar tal resultado, tivemos por objetivos específicos investigar a dimensão dos problemas socioambientais que ocorrem nos municípios situados na região do Vale do Taquari (RS), avaliar os Planos Municipais de Saúde (PMS) de um conjunto de 24 municípios da região quanto às políticas públicas setoriais e intersetoriais dirigidas aos problemas socioambientais, especificamente aqueles relacionados ao destino do lixo (resíduos sólidos), qualidade da água e esgotamento sanitário, identificar um grupo de atores sociais do campo da saúde participantes de CMS da região implicados no processo das políticas públicas com características intersetoriais que relacionam saúde e ambiente, analisando seus discursos sobre os problemas socioambientais que ocorrem nos municípios e a relação que estabelecem

com o processo saúde-doença e avaliar a ação destes atores sociais dos conselhos de saúde quanto à relação ambiente e saúde.

Compreendendo a gestão pública como determinante no desenvolvimento municipal e a necessidade de uma perspectiva intersetorial na implantação de políticas públicas eficientes e eficazes, percebe-se a importância de que as instituições envolvidas neste processo sejam ativas politicamente e tecnicamente. A partir desta consideração, fica a interrogação: os problemas socioambientais e a sua relação com o campo da saúde estão no horizonte das discussões dos conselhos de saúde, conquanto ser este um espaço com legitimidade em lei? Existem políticas públicas intersetoriais (ou mesmo setoriais) sendo discutidas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS)? Se sim, com quais características? Se não, por quê? Em que pese serem muitas as interrogações, a questão central é investigar em que medida os problemas socioambientais são considerados pelos atores sociais do campo da saúde na formulação de políticas públicas setoriais/intersetoriais.

Definir quais as políticas públicas setoriais que são importantes na agenda pública envolve uma relação complexa, que provavelmente confrontará interesses diversos. Em se tratando de desenvolver políticas públicas intersetoriais, possivelmente esta complexidade será ainda maior, na medida das relações implicadas, tendo em vista o número de atores sociais envolvidos, todos com seus respectivos interesses setoriais.

Os problemas socioambientais, a priori, estão na realidade de todos os municípios, em maior ou menor dimensão. No entanto, se estão no horizonte de preocupações da gestão local, da representação política ou da própria população é outro ponto. É deste ponto de vista que lançamos interrogações sobre a articulação conselhos de saúde / problemas socioambientais / políticas de saúde (setoriais/intersetoriais), na perspectiva de qualificar a atenção à saúde da população.

A seguir lança-se um primeiro olhar sobre o território em tela: o Vale do Taquari, região da 16ª CRS (figura 1). Adiante descrevemos com mais profundidade esta região. De toda forma, adiantamos tratar-se de uma região composta de muitos pequenos municípios com baixa população.

Figura 1: Região do Vale do Taquari – Conselho Regional de Desenvolvimento



Fonte: http://www.univates.br/media/bdr/Perfil_VT_Setembro_2011.pdf

Como referido anteriormente, a diversidade nos municípios brasileiros é enorme, em todos os aspectos. Interessam-nos especialmente aqueles de pequeno e médio porte populacional⁵. Esta é uma questão central nesta investigação, na medida

⁵ O censo 2010 do IBGE informa que 2.515 (45,2%) dos municípios brasileiros têm menos de 10 mil habitantes e 2.443 (43,9%) têm entre 10 mil e 50 mil habitantes. Ou seja, no contexto brasileiro apenas 607 (10,9%) têm mais de 50 mil habitantes. Percebe-se aqui a representatividade destes pequenos e médios municípios na gestão pública brasileira. Apenas 15 municípios têm mais de um milhão de habitantes.

em que esta realidade impacta no desenvolvimento de políticas sociais, por uma série de razões, de ordem técnica, financeira e organizacional (ARRETCHE, 1999).

Partindo deste ponto, para o desenvolvimento do estudo levantamos alguns pressupostos relacionados à questão da saúde enquanto campo que tem larga fronteira social, considerando-a determinada e condicionada socialmente. A priori, os atores sociais participantes dos CMS não inserem os problemas socioambientais na agenda de deliberação de políticas públicas do campo da saúde. As informações disponíveis quanto a problemas socioambientais, oriundas do SIAB - tais como o tipo de moradia, destino dos resíduos sólidos, abastecimento e tratamento da água e destino de fezes e urina - ou outros sistemas de informação (IBGE, por exemplo) não são considerados e, muitas vezes, são desconhecidos.

Isto nos leva a crer que os atores sociais participantes dos CMS agem focados no modelo biomédico hegemônico, centrado na assistência à doença. Tal avaliação é decorrente da vivência que temos em muitos anos de participação deste foro, em municípios diversos da região. A pauta de discussões está centralizada na análise dos problemas imediatos relacionados à rede assistencial e o seu custeio, o que é demandado pela “indústria da doença”. Os temas em discussão partem essencialmente do gestor público, dos prestadores e trabalhadores em saúde e seus interesses setoriais.

A partir deste ponto de partida, os atores sociais participantes dos CMS têm dificuldades de relacionar as condições de vida da população à saúde. Há uma dificuldade em perceber o CMS como instrumento de deliberação de políticas públicas (setoriais e intersetoriais) que deem uma resposta às necessidades de saúde (segundo o conceito ampliado, inscrito na Lei 8080/90) da população.

Ao mesmo tempo, os problemas socioambientais têm demandado políticas setoriais, com atuação fragmentada a partir de diferentes atores sociais, no âmbito da

gestão pública. Cada problema tem um responsável/demandante e os outros atores sociais não se envolvem com ele. Neste contexto, os CMS constituem-se como campo de disputa em torno de interesses setoriais específicos dos atores sociais. Pereira Neto (2012) ressalta que questões materiais, geralmente, são centrais no processo de decisão, favorecendo-se os agentes políticos que concentram mais poder técnico, gerencial e político, em torno de um jogo de interesses que se estabelece no cenário.

Os pressupostos arrolados acima se configuram como pontos de partida. São afirmativas percebidas no senso comum e na academia, pesquisadas desde a década de 1990, em diferentes contextos. No entanto, compreende-se uma carência em estudos que atualizem esta discussão (especialmente na realidade dos pequenos e médios municípios distantes das capitais), articulando as dificuldades perenes dos conselhos e a perspectiva de que possam atuar na formulação de políticas públicas ou sociais que ultrapassem o binômio diagnóstico-tratamento⁶: o foco na doença, sua identificação, a definição do tratamento e acompanhamento da sua evolução.

Nesta introdução, buscamos situar-nos no debate, identificando a trajetória de vida que nos coloca no problema da investigação em tela, posto que somos participante da construção de um sistema de saúde numa região do estado do Rio Grande do Sul, desde meados da década de 1990.

No capítulo 2 adentramos no cenário regional, o Vale do Taquari e a região da 16^a CRS que freqüentemente é descrita pelo senso comum como região de raro equilíbrio social, sem pobreza, de franco desenvolvimento, no qual aspectos como saneamento básico, portanto, não devem ser um problema. Veremos que os indicadores demonstram que há questões em aberto que precisam ser enfrentadas pela comunidade regional.

⁶ Trata-se do modelo biomédico tradicional, hegemônico, construído ao longo de todo século XX e atualmente fortemente contestado quanto à sua capacidade de provocar mudanças no processo saúde-doença (PAIM, 1999).

No capítulo 3 tratamos do encontro do campo da saúde com o campo ambiental, desde suas particularidades às suas interfaces e, a partir daí, a construção de uma agenda comum. As concepções de saúde vêm mudando ao longo do tempo, acompanhando o debate em torno da crise paradigmática que se verifica nas próprias ciências sociais, no questionamento ao racionalismo positivista e na emergência da pós-modernidade. Na mesma direção, a discussão em torno das questões ambientais torna-se relevante a partir das décadas de 1960/1970, contemporaneamente ao ressurgimento de uma nova medicina social. Neste contexto, as políticas públicas de saúde dos últimos anos vêm sendo tensionadas a contemplar uma série de elementos sociais e ambientais que, de alguma forma, implicam num cenário de mudanças, a partir da participação da comunidade, a qual exerce o controle social destas políticas públicas.

Já no capítulo 4 nos debruçamos sobre um conjunto de 24 PMS quanto a uma série de aspectos, especialmente aqueles relacionados aos temas ambientais, e buscamos analisar a qualidade destes documentos que, à priori, poderiam representar uma intenção de organização local no desenvolvimento das políticas públicas de saúde, com a definição relativamente clara de quais são as diretrizes e prioridades locais no que diz respeito à saúde da comunidade. Em que pese haver um conflito teórico entre o que se espera de um PMS, seja ele expressamente normativo e racional, calcado em aspectos econômico-organizativos, seja ele baseado em estratégias democráticas que incidam sobre as necessidades individuais e coletivas dos sujeitos, ainda assim é um documento indicativo do que pode vir a ser o sistema de saúde no nível local (RIVERA e ARTMANN, 2012).

E, no capítulo 5, nos voltamos à escuta dos conselheiros de saúde de dois municípios na tentativa de colher elementos que permitam compreender a dinâmica do subcampo da saúde instituído nos conselhos municipais. Além disso, nos interessa averiguar o discurso acerca das relações entre saúde e ambiente que

permeiam o encontro dos atores sociais no conselho e como isto influi na inserção (ou não) destes temas nos PMS.

Encerramos a reflexão aproximando os temas conselhos de saúde, planos municipais e políticas de saúde e ambiente, tecendo considerações acerca da construção deste encontro.

2 O CENÁRIO REGIONAL: O VALE DO TAQUARI E SEUS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS

O Vale do Taquari é frequentemente associado como região de pujança, de riqueza, na qual a população não tem problemas sociais relevantes. Contudo, tal percepção não se confirma sob a análise da realidade local. A pobreza, a exclusão, a segregação social têm sido foco de análise das Ciências Sociais, ao longo das últimas décadas, no Brasil e também no sul do país, ao passo que as soluções são difíceis de discernir visto que a construção histórica do atual quadro remonta ao não reconhecimento de direitos civis, políticos e sociais para parcela importante da população. O campo da saúde não está excluído deste debate, visto que garantir o direito à saúde na perspectiva do SUS tem sido uma luta social perene, mesmo nesta região e em seus municípios.

Em relação à categoria 'pobreza', Paugam (1999) sentencia que esta está integrada no cotidiano ao ponto de não suscitar maiores reflexões no senso comum, passando despercebida, em muitos momentos (como é o caso de Lajeado, em muitas circunstâncias, na nossa percepção). Alerta, no entanto que a população empobrecida apresenta características específicas de acordo com a sociedade em que está inserida. Em outros termos, citando o Brasil, percebe que neste país há uma correlação perceptível entre níveis de pobreza e cor da pele, representada pela segregação dada historicamente e ainda mal resolvida.

A dependência destes contingentes populacionais de um sistema de saúde público está atrelada a falta de renda das pessoas para o custeio dos seus cuidados de

saúde, na sociedade capitalista contemporânea. Conquanto entendido que o SUS é um sistema universal, financiado previamente pelo cidadão, a gestão pública deve primar pelo direito de acesso, combatendo as iniquidades sociais que persistem.

O principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública (Souza, 2006, p. 40).

Após duas décadas da implantação do SUS é possível conferir os efeitos da descentralização nas políticas públicas para atribuir responsabilidades aos estados e municípios, do ponto de vista dos recursos financeiros, da prestação de serviços e do processo de controle social por meio dos conselhos (FLEURY et al. 2007). Segundo Paim (1999), considerando o arcabouço legal que institui o SUS, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, veremos que esta define a noção indispensável de pensarmos sistemas de saúde com características regionais. Já no texto constitucional temos essa premissa inscrita, quando preconiza a diretriz organizativa da descentralização.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988).

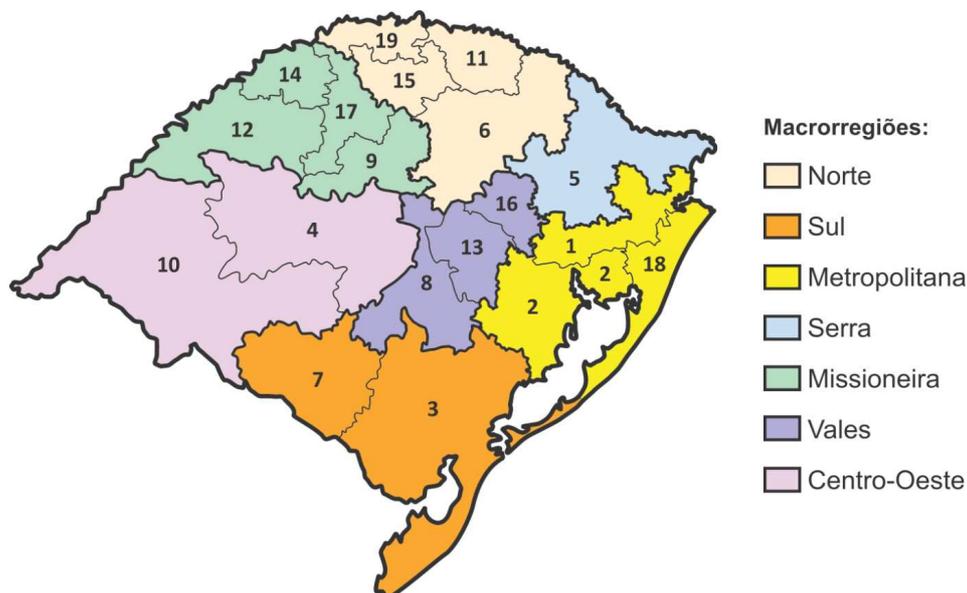
Em todo o Brasil, em relação à organização dos sistemas de saúde, as próprias Secretarias Estaduais de Saúde (SES) dividem, administrativamente, os municípios em “regionais de saúde” e, a partir daí, considerando a proximidade geográfica e a definição de polos, busca-se construir redes regionais que alcancem maior resolubilidade na assistência à saúde.

No caso do Rio Grande do Sul (RS) estas são denominadas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e totalizam 19 territórios, sendo que cada um dos quais comporta uma cidade-sede e um número variável de municípios, de acordo com as

peculiaridades regionais, extensão territorial e proximidade geográfica. No caso do RS, desde 2002, há ainda a definição de sete macrorregiões de saúde, definidas em torno das potencialidades e dificuldades verificadas na rede de saúde (RS, 2002).

A figura 2 localiza as 19 coordenadorias regionais no estado do RS, inseridas nas sete macrorregiões de saúde (norte, sul, metropolitana, serra, missioneira, vales e centro-oeste). Esta classificação proposta no Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde de 2002 permite pensar estratégias regionais conjuntas para as ações e serviços de saúde, visando racionalizar a distribuição dos recursos de saúde, com maior resolubilidade em todo o sistema (RS, 2012). No mapa em tela é importante reparar no território da 16ª CRS, o qual é parte do objeto deste estudo.

Figura 2: Mapa das Macrorregiões e Coordenadorias Regionais de Saúde do RS.



Fonte: SES/RS (http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais).

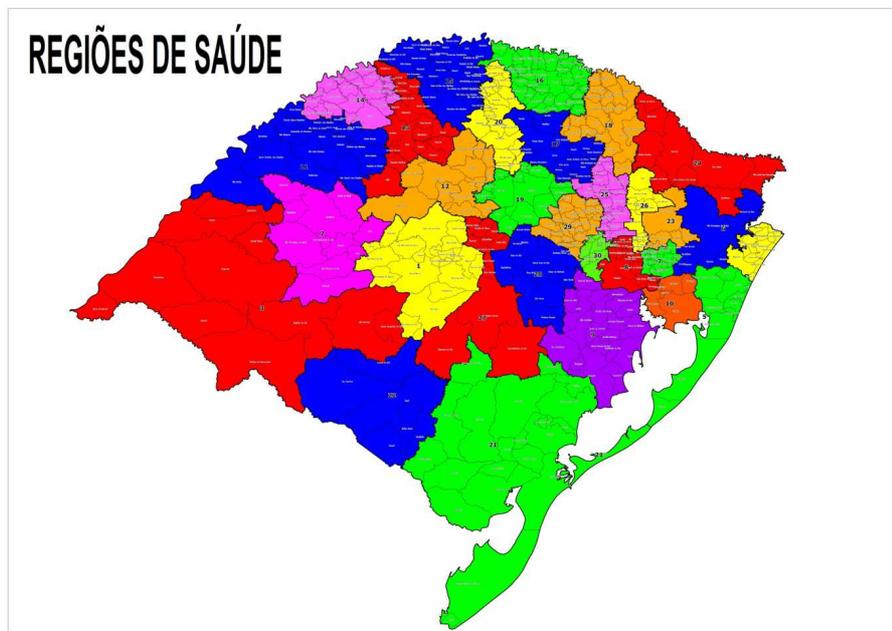
Internamente, as regiões mantêm certa homogeneidade socioeconômica e cultural, visto serem compostas por municípios próximos entre si, em sua maior parte (FAVERO, 2004). No entanto, há diferenças significativas na composição das regiões, havendo uma grande disparidade no número de municípios e na área geográfica que comportam (RS, 2002). De forma sucinta, podemos afirmar que ocorre

uma concentração maior de municípios de baixa área geográfica na metade norte do estado, comparada com o sul, formado por municípios maiores em território.

2.1 Contextualizando o campo: a região do Vale do Taquari (RS)

Neste trabalho damos enfoque ao território da 16ª CRS, no qual estão localizados atualmente 37 municípios (figura 3), a partir da Resolução⁷ 555/2012, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/RS (SES/2013). O maior município é Lajeado, com população estimada de 76.187 habitantes (IBGE, 2013), o qual é sede da 16ª CRS, sendo a 28ª maior cidade do estado. No quadro 1, abaixo, listamos os municípios, informando a população de 2000 e aquela estimada para o ano de 2013, ambas as informações colhidas a partir do IBGE.

Figura 3: Mapa das Regiões de Saúde do RS, segundo Res. CIB 555/12.



Fonte: SES/RS (http://www.saude.rs.gov.br/upload/1352811898_Regioes%20de%20saude%20RS.jpg)

⁷ CIB – Comissão Intergestores Bipartite, composta pela representação da Secretaria Estadual de Saúde e pelos representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RS).

Desde 2012 a regional da 16ª CRS é dividida em duas regiões de saúde, numeradas de Região 29 e Região 30 (Figura 3). Isto ocorre devido à referida Resolução CIB/RS 555/2012 de 19/09/2012, que “altera a configuração e a quantidade de regiões de saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR”. Neste sentido, a CIR 29 ficou composta de 27 municípios⁸ e a CIR 30 é formada por 10 municípios⁹.

A região da 16ª CRS pode ser considerada como intermediária no contexto das regionais do estado, é a 9ª mais populosa entre as 19, embora quanto à sua extensão geográfica esteja entre os menores territórios. Localiza-se na encosta inferior do nordeste e é formada por áreas mais planas ao sul e por terreno mais acidentado (serra) ao norte (UNIVATES, 2011). Como se perceberá no Quadro 1, predominam pequenas comunidades/cidades, a maioria delas alavancadas à condição de municípios no movimento emancipacionista ocorrido em larga escala nos anos 1980/1990 (FÁVERO, 2004), que levou o Rio Grande do Sul aos atuais 496. Segundo este autor, o processo de emancipações ocorrido neste período não garantiu homogeneidade de condições para o desenvolvimento de estruturas municipais, o que significou uma dependência importante dos menores municípios em relação às esferas estadual e nacional, o que vai ao encontro do proposto por Arretche (1999).

Os municípios do quadro 1 assinalados com o asterisco foram instalados a partir de janeiro de 2001. Coqueiro Baixo emancipou-se de Nova Bréscia e Relvado, Forquetinha de Lajeado, Canudos do Vale de Progresso e Lajeado e Westfália, de

⁸ Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro e Vespasiano Corrêa.

⁹ Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia e Westfália

Teutônia e Imigrante (BDR/UNIVATES, 2012). Estes municípios estão entre os 30 municípios da última leva de emancipações ocorridas na segunda metade da década de 1990.

Quadro 1: População dos municípios da 16ª CRS em 2000 e 2013:

Município	População em 2000	População em 2013
Anta Gorda	6.315	6.325
Arroio do Meio	17.194	19.792
Bom Retiro do Sul	11.259	12.004
Boqueirão do Leão	7.869	7.910
Canudos do Vale*	-	1.841
Capitão	2.553	2.741
Colinas	2.294	2.497
Coqueiro Baixo*	-	1.567
Cruzeiro do Sul	12.816	12.876
Dois Lajeados	3.429	3.403
Doutor Ricardo	2.312	2.082
Encantado	19.225	21.609
Estrela	28.948	33.309
Fazenda Vilanova	2.851	3.993
Forquetinha*	-	2.537
Ilópolis	4.222	4.215
Imigrante	3.868	3.135
Lajeado	64.099	76.187
Marques de Souza	4.718	4.176
Muçum	5.053	4.970
Nova Brésia	4.642	3.311
Paverama	7.781	8382
Poço das Antas	1.818	2.094
Pouso Novo	2.171	1.878
Progresso	6.119	6.364
Putinga	4.575	4.215
Relvado	2.218	2.205
Roca Sales	8.843	10.837
Santa Clara do Sul	4.909	6.068
São José do Herval	2.573	2.217
São Valentim do Sul	2.284	2.249
Sério	3.050	2.277
Taquari	24.059	27.039
Teutônia	21.876	29.411
Travesseiro	2.208	2.387
Vespasiano Corrêa	2.356	1.997
Westfália*	-	2925
Total	300.507	341.935

Fonte: tabela organizada pelo autor, a partir de dados colhidos no IBGE (2013)

Visualizando os números arrolados percebe-se que a região cresceu 13,8% no período 2000-2013, alcançando a população atual de 341.935 pessoas, o que representa um acréscimo absoluto de 41.428 habitantes no período (IBGE, 2013). Quanto à população, chama à atenção a alta incidência de municípios muito pequenos, ocorrendo 15 com população inferior a três mil habitantes e outros 8 com população entre três mil e cinco mil habitantes, ou seja, 23 (62,1%) dos municípios estão nesta faixa populacional (menos de 5 mil). Apenas 8 municípios têm entre cinco mil e 20 mil habitantes e, acima deste contingente, somente seis municípios. Da mesma forma, é interessante observar que a maior parte dos municípios elencados no quadro 1 apresentou sua população estagnada nos últimos 13 anos, com pequenas oscilações para mais ou para menos.

A característica da região vai ao encontro da tendência verificada em todo o Rio Grande do Sul. No estado, entre seus 496 municípios, 45,5% (226) têm menos de cinco mil habitantes (IBGE, 2012). Em sua maioria, são pequenos municípios com área geográfica limitada e população estável, o que está de acordo com as características fundamentais da maioria dos municípios criados nas últimas décadas (FÁVERO, 2004).

Segundo dados do IBGE (2012), estes 226 pequenos municípios têm uma população somada de aproximadamente 630.902 habitantes, o que corresponde a apenas 5,4% do total do estado. No quadro 1 podemos observar que existem 23 municípios da 16ª CRS neste grupo de municípios com menos de cinco mil habitantes, alguns poucos com crescimento significativo.

Os investimentos econômicos são determinantes no desenvolvimento dos municípios visto não comportarem capacidade de gerar renda própria suficiente para alavancar o seu desenvolvimento (HERMANY, 2010). Avritzer (2009) destaca o papel dos entes federados no incremento das potencialidades locais para estimular as economias e, a partir disso, programarem políticas públicas mais efetivas no âmbito

local. Neste sentido, podemos inferir que municípios com pouco potencial de atrair investimentos externos são menos capazes de se desenvolver no campo econômico e, por consequência, sofrem estagnação, a qual se reflete na vida cotidiana, inclusive induzindo um processo emigratório, como é o caso do município de Sério.

Neste sentido, o crescimento geral da população dos municípios foi modesto, excetuando-se as maiores cidades (Lajeado, Estrela, Teutônia, Taquari e Encantado), o que reflete a tendência ao deslocamento populacional para centros maiores. Se levarmos em conta o crescimento da população do RS, no entanto, veremos que a região da 16ª CRS (13,8%) encontra-se um pouco acima do percentual estadual, o qual foi de 11,0% no período 2000-2013, crescendo de 10.077.267 para 11.164.050 habitantes em 2013 (IBGE, 2013).

De outra forma, é interessante observar que o Brasil, na sua organização político-administrativa, formado por 5.570 municípios, tem apenas 285 (5,1%) municípios com mais de 100 mil habitantes. No caso do RS, somente 18 (3,6%) dos 496 municípios encontram-se neste patamar, dos quais a metade está localizada na região metropolitana¹⁰. Nenhum dos municípios da 16ª CRS está neste grupo, o que reafirma a condição de ser uma região formada por pequenos e médios municípios, tanto em população quanto ao território geográfico.

Do seu contingente populacional, 73,85% dos habitantes da região do Vale do Taquari são considerados moradores urbanos e 26,15% como residentes na zona rural, conforme apurado no Censo de 2010 (IBGE, 2012). No dado geral do Estado, o censo em questão apontou que 85,1% dos gaúchos moram em zonas urbanas e 14,9% na zona rural. Não procedemos numa análise mais aprofundada sobre este quesito,

¹⁰ Desta região está Porto Alegre, Canoas, Gravataí, Viamão, Novo Hamburgo, São Leopoldo, Alvorada, Sapucaia do Sul e Cachoeirinha, segundo dados do Censo do IBGE de 2010. As outras 9 cidades com mais de 100 mil habitantes são Caxias do Sul, Pelotas, Santa Maria, Rio Grande, Passo Fundo, Uruguaiana, Santa Cruz do Sul, Bagé e Bento Gonçalves.

mas há na região uma série de municípios nos quais a população urbana é menor que a população rural, tais como Canudos do Vale (22,7% urbana, 441 pessoas, e 77,3% rural, 1.396 pessoas) ou Putinga (38,1% urbana 1.577 pessoas, e 61,9%, 2.564 pessoas, na zona rural). No polo contrário, como eminentemente urbano, está Lajeado, com 99,6% residentes na área urbana (71.180, em 2010) e apenas 265 (0,4%) em áreas rurais (IBGE, Censo Populacional de 2010).

A realidade descrita até o momento pode nos remeter à tensão para o enfrentamento das heterogeneidades territoriais e das desigualdades regionais por meio de políticas públicas, inclusive com o objetivo concreto de enfrentar as iniquidades sociais que são determinadas pelas questões regionais (CNDSS, 2008). Uma abordagem territorial quanto ao nexo entre questões ambientais e da saúde pode estar orientada pelo desafio de ampliar a capacidade do governo local em prover bens e serviços públicos que reduzam as desigualdades regionais¹¹.

A cultura regional concebe o desenvolvimento econômico cindido ou acima da maioria das possíveis questões ambientais; deste ponto de vista, Rivera e Artmann (2012) afirmam que os gestores municipais tendem a resistir em considerar aspectos relativos à ênfase no desenvolvimento sustentável no planejamento, nas articulações políticas e no processo de tomada de decisão.

¹¹ De acordo com a Constituição Federal requer-se do planejamento que se levem em conta as desigualdades regionais ao desenvolver políticas públicas, como no caso do saneamento. Desta forma se abrangeriam municípios que abrigam as parcelas da população mais vulneráveis ou carentes em termos da provisão de direitos.

2.2 Saneamento básico: panorama do esgotamento sanitário, resíduos e água.

Diagnosticar o quadro do saneamento básico em nosso meio se justifica na medida em que este aspecto está diretamente implicado na disposição e textura das desigualdades e na produção pública das condições de saúde. Como tal, pode ser visto como constitutivo da questão social em terras brasileiras.

De acordo com Benevides (2001, p.10) “a questão social insere-se no contexto do quadro da luta e do reconhecimento dos direitos sociais e das políticas públicas correspondentes, além do espaço das organizações e movimentos por cidadania social”. Desta feita, a demanda por saneamento pode ser englobada na esfera dos direitos econômicos e sociais que, historicamente, de certa forma, fazem parte daqueles difíceis de serem reconhecidos sob a dimensão de ultrapassar a fronteira de apenas proclamados para igualmente vir acompanhados das devidas e eficazes garantias. Assim como estes direitos em termos gerais, também o saneamento básico como deficiência refere-se predominantemente a demandas de segmentos sociais ou grupos despossuídos, sem poder econômico, sem autonomia cultural, sem poder político.

O aspecto principal envolvido no âmbito que se denomina de saneamento básico compreende o abastecimento de água, limpeza urbana, esgotamento sanitário e manejo dos resíduos sólidos (BRASIL, 2007). Os problemas pertinentes ao saneamento básico são atribuições e integram as medidas do poder público no ordenamento territorial e estão referidos dentro do que concerne à Política Nacional de Meio Ambiente, lançada por meio da Lei Federal 6.938, de 31 de agosto de 1981 e das proposições de políticas de saneamento básico.

Partindo do senso comum, ser um município de pequeno ou médio porte implica crer que nestes lugares teremos menos problemas relacionados ao esgotamento sanitário, ao manejo de resíduos sólidos e líquidos ou no fornecimento

de água potável à população do que em cidades de maior porte. Será esta a realidade? Pois, para subsidiar o debate, lançamos algumas informações para reflexão.

Segundo dados do Censo de 2000 do IBGE, no Brasil, o esgotamento sanitário via rede geral de esgotos alcançava 26,3% da população naquele ano. Na região da 16^a CRS, a cobertura não ultrapassava os 7,9% no mesmo período e este índice, portanto representa menos que a terça parte da média nacional. O dado em si demonstra que a região carecia à época de soluções mais adequadas para o esgotamento sanitário e, por consequência, os dejetos líquidos gerados, em sua maioria, eram lançados ao ambiente sem tratamento, causando contaminações que, à priori, são nocivas à saúde da população. Mota (1999) destaca a falta de investimentos públicos na implantação de redes de esgotamento sanitário ao longo do tempo, o que causou grande déficit em todo país, implicando em índices de cobertura insuficientes. Heller (1997), da mesma forma, relaciona que a falta de investimentos em saneamento tem trazido repercussões negativas sobre a saúde da população. Hochmann (2012), por outro lado, destaca que os investimentos iniciais em saneamento no Brasil ocorrem nas primeiras décadas do século XX, especialmente nas grandes capitais nacionais, ao tempo em que o mesmo não ocorreu de forma homogênea nas demais cidades, o que se reflete ainda hoje com a baixa cobertura verificada nos dados que informamos.

No mesmo período (Censo de 2000), 44,2% das residências da região possuía fossas sépticas e 26,3% tinham fossas sépticas rudimentares, totalizando 70,5% dos domicílios (IBGE, 2000). No país, este percentual era de 65,3% naquele ano. Por outro lado, enquanto que no Brasil eram 2,5% os domicílios sem instalação sanitária, na região o percentual alcançava 3,9%, conforme apurado. Preliminarmente, estes números permitem inferir que os problemas relacionados ao esgotamento sanitário são importantes para a área da 16^a CRS, na medida em que os dados revelam que as

deficiências se aproximam àquelas verificadas em todo território nacional e, em alguns quesitos a região apresenta resultados consideravelmente piores que aqueles verificados em nível nacional.

Quanto ao manejo e destino dos resíduos sólidos (lixo), analisando dados gerados a partir do SIAB, na área coberta pela ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), em abril de 2012 esta ação pública alcançava na região da 16ª CRS um total de 72.356 famílias, das quais 56.509 (78,1%) tinham os seus resíduos sólidos recolhidos (SIAB, 2012). Estes dados são coletados a partir de inquérito feito pelos ACS, que acompanham as famílias regularmente (BRASIL, 2013a). Este percentual de cobertura da coleta de resíduos sólidos passou por um incremento importante nos últimos anos, na medida em que em 2007 este índice era de 69,9% (SCHWINGEL, 2008). Porém, considerando as responsabilidades municipais, há ainda lacunas na cobertura quanto ao recolhimento dos resíduos sólidos, visto que tais problemas acabam por criar uma série de repercussões sociais.

A administração pública municipal tem a responsabilidade de gerenciar os resíduos sólidos, desde a sua coleta até a sua disposição final, que deve ser ambientalmente segura. O lixo produzido e não coletado é disposto de maneira irregular nas ruas, em rios, córregos e terrenos vazios, e tem efeitos tais como assoreamento de rios e córregos, entupimento de bueiros com consequente aumento de enchentes nas épocas de chuva, além da destruição de áreas verdes, mau cheiro, proliferação de moscas, baratas e ratos, todos com graves consequências diretas ou indiretas para a saúde pública (JACOBI e BESEN, 2011, p. 136).

Com amparo nestes autores, percebemos a relevância da implantação de políticas de saneamento básico no âmbito municipal, pois estas impactam não apenas na saúde humana diretamente, mas, em acréscimo, influenciam nas condições ambientais urbanas em geral, como é o caso das enchentes, evento que ocorre em 1/3 dos municípios brasileiros e que as prefeituras atribuem ao lixo jogado na rua, segundo inquérito realizado na pesquisa nacional de saneamento básico, em 2008 (JACOBI e BESEN, 2011). Vale informar que a questão das enchentes é problemática

da região do Vale do Taquari, as quais ocorrem com certa frequência, causando prejuízos e desabrigados, sendo que no ano de 2013 ocorreu em uma oportunidade.

Neste sentido, interessante citar os movimentos da Organização Panamericana de Saúde - OPAS, que desde a década de 1990 vem difundindo a ideia de cidades/municípios saudáveis e a atenção primária ambiental (OPAS, 1996; 1999). Ambas as ações políticas alcançaram relativo êxito e no Brasil uma série de experiências é congregada a partir de um sítio de internet¹² que difunde as práticas do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – CEPEDOC.

A Lei do Saneamento Básico Ambiental (nº 11.445/07, Art. 3º) define as diretrizes nacionais para a política de saneamento básico ambiental e estabelece os princípios de planejamento, regulação, responsabilidades e execução dos serviços. Outra dimensão relevante apresenta uma noção ampliada de saneamento básico para incorporar a ideia de um ambiente salubre, compreendendo a infraestrutura e as instalações operacionais de abastecimento público de água potável, as atividades de esgotamento sanitário, de limpeza urbana e de manejo dos resíduos sólidos, de drenagem e de manejo das águas pluviais urbanas (DAL MASO, 2012, p.21).

Com efeito, em 2007, 25,1% das famílias do Vale do Taquari queimavam ou enterravam o lixo e 4,9% jogavam-no a céu aberto (SCHWINGEL, 2008). Em abril de 2012, 14.053 (19,4%) famílias ainda queimam o lixo ou enterram-no e 1.794 (2,5%) lançam-no a céu aberto (SIAB, 2012), o que representa um percentual de 21,9%, valor que podemos considerar alto e que demanda solução, em que pese ter reduzido substancialmente num período de cinco anos. Em números absolutos, 15.847 famílias têm o destino de seus resíduos sólidos considerado inadequado. Ao transformarmos estes valores em toneladas de resíduos sólidos, por certo veremos

¹² <http://cidadessaudaveis.org.br/default.aspx>

que a quantidade dispersa no ambiente é muito significativa e deveria ser motivo de preocupação a todos os atores sociais e agentes políticos responsáveis pela gestão do tema. Jacobi e Besen (2011) destacam que a realidade dos dados disponíveis no cenário nacional quanto ao destino dos resíduos sólidos ainda está distante de números que retratem a realidade com fidedignidade.

A produção de resíduos sólidos no Brasil se aproxima dos valores europeus, pois, enquanto em nosso país o valor médio está em cerca de 1,15 kg por habitante por dia, na Europa encontramos o valor de 1,2 kg por dia por habitante (JACOBI e BENSEN, 2009). Segundo os autores, em média predominam produtos recicláveis, contudo, a quantidade efetivamente classificada e reaproveitada é baixa.

Ao longo de décadas os investimentos em saneamento básico tem ocorrido de forma pontual em alguns períodos e em algumas cidades de modo mais expressivo, conforme aponta Hochmann (2012). Esta especificidade destaca a realidade brasileira como marcada como carente em face de direitos legalmente assegurados, bem como demarca uma acentuada desigualdade caracterizada como um déficit ao acesso. Entre os aspectos do saneamento básico a lacuna mais expressiva refere-se principalmente ao tratamento de esgoto doméstico e corporativo.

No que diz respeito ao investimento em saneamento, vale destacar reportagem do Jornal O Informativo do Vale, de Lajeado, edição de 1º/2 de junho de 2013, intitulada “Prefeituras engatinham em políticas ambientais”, a qual ocupa as páginas 20 e 21. O texto destaca que entre 38 municípios apurados pela autora da reportagem, jornalista Cíntia Marchi, apenas 17 (44,7%) municípios têm coleta seletiva de lixo, 14 (36,8%) concluíram o seu plano de resíduos sólidos, 11 (28,9%) têm plano de saneamento e 6 (15,7%) têm Conselho Municipal de Saneamento, números que se corretos ainda assim são modestos e que permitem concluir que não há uma articulação regional efetiva em torno do tema. O dado que poderia ser considerado

positivo é a existência dos Conselhos de Meio Ambiente, caso os mesmos sejam efetivos em suas atribuições (p. 21).

As informações preliminares que arrolamos indicam uma constatação preliminar: temos problemas socioambientais que são universais e que estão nos grandes centros urbanos e também nas pequenas e médias cidades espalhadas pelo país. A partir desta constatação, a nosso ver, os resíduos sólidos (lixo), o esgotamento sanitário e a qualidade da água estão (ou deveriam estar) no horizonte de preocupações do campo da saúde, a partir da gestão pública. No entanto, segundo frisa Humberto Teixeira Damilano:

Não existe falta de interesse dos municípios, pelo contrário, há uma crescente busca de soluções para o lixo. Acontece que, muitas vezes, eles têm dificuldades para acessar recursos disponíveis por falta de corpo técnico multidisciplinar (O Informativo do Vale, 02/06/2013, p. 20).

Em atenção a esta afirmação do entrevistado pelo jornal, apesar de a Constituição Federal de 1988 e a legislação infraconstitucional preverem responsabilidades, como se verá adiante, permitindo-se desencadear, em tese, uma série de ações que possam enfrentar os problemas socioambientais, na perspectiva de qualificar as condições sócio-sanitárias do ambiente de vida da população usuária do SUS, muitos municípios não têm sido capazes de cumprir o seu papel.

De acordo com Souza (2006) o campo de conhecimento em políticas públicas requer a visualização das instituições envolvidas, bem como as regras e modelos para as decisões, implantação e avaliação. O olhar sobre a realidade vai reportar-se igualmente à capacidade de expansão ou à adoção de políticas restritivas de gastos.

A gestão pública é responsável pela implantação das políticas públicas atinentes aos problemas socioambientais. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal, além das Secretarias Municipais de Saúde têm a competência legal e devem assumir esta responsabilidade, conforme consta na própria Lei 8080/90, em seu artigo 6º, inciso, ao se referir que cabe ao SUS

proporcionar “a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico” (BRASIL, 2007; 2012). Em complemento, o SUS propõe que as políticas públicas sejam formuladas com a participação da comunidade, conforme vimos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Parece mais apropriado afirmar que existe um conjunto de fatores capazes de interferir no desempenho da gestão pública no âmbito do saneamento. Ao analisar as variáveis que compõem a gestão pública em pequenos municípios o uso de múltiplos fatores é mais ponderado, de acordo com Lubambo (2006, p. 114).

“As conclusões obtidas e a discussão sugerida a partir deste ponto, conduzem à defesa do seguinte argumento: não é possível estudar o desempenho da gestão a partir da singularidade de um tipo de fator: de natureza estrutural, político-institucional ou mesmo da ação política, mas deve prevalecer a ideia de uma associação multivariada”.

Partindo do pressuposto que a questão ambiental deve ser abordada com centralidade na construção das políticas públicas em todos os territórios, enquanto implicada na saúde da população, torna-se relevante compreender a dimensão dos problemas, as dificuldades para enfrentá-los e possíveis potencialidades para encaminhar soluções. Neste contexto, entramos na análise da ação dos agentes políticos que, ao menos em tese, tem o poder de desencadear políticas públicas relacionadas à saúde e ambiente. Neste sentido, nos questionamos sobre como a temática tem repercutido na região do Vale do Taquari.

Em consulta a reportagens inscritas no jornal O Informativo do Vale, temos algumas pistas que sinalizam a dimensão da questão. Avaliamos uma série de reportagens publicadas neste jornal diário desde dezembro de 2011 a dezembro de 2012, buscando informações sobre o tema de cunho municipal/regional.

Em 20/12/2011 este jornal publicou reportagem intitulada “Saneamento: em 60% dos lares há problemas” (p. 22), a qual noticia que, amparada em dados divulgados pelo IBGE, na região do Vale do Taquari (36 municípios, segundo a

classificação adotada pelo Conselho Regional de Desenvolvimento – COREDE/CODEVAT¹³) há 116 mil domicílios e, destes, “46 mil possuem tratamento de esgoto adequado [...] e quase 70 mil (60,3%) apresentam irregularidades”. Acrescenta a reportagem que “a pesquisa constata que o abastecimento de água, fossa séptica e lixo são as maiores carências na área de serviços públicos do país” (p.22).

Em comentário inserido na referida reportagem, a coordenadora da Comissão de Meio Ambiente do COREDE/CODEVAT e Secretária de Meio Ambiente de Lajeado à época, Simone Schneider, opina que a questão do lixo e da água está bem encaminhada no nível municipal (Lajeado), tanto na cidade quanto no campo e, no entanto, o tratamento do esgoto representa o grande gargalo. “A maioria dos municípios está apenas começando o trabalho. Cidades menores ainda nem começaram a trabalhar com o tratamento”, afirma. A reportagem cita o município de Boqueirão do Leão como emblemático, pois na sua zona rural 42,7% das pessoas não têm água e esgoto em rede e nem coleta de lixo. Outro exemplo negativo é o pequeno município de Itapuca, no qual este índice alcança os 47% da população (O INFORMATIVO DO VALE, 20/12/2011, p.22).

Leonetti et al (2011) destacam a importância de investir na questão ambiental e no comprometimento público no desenvolvimento ao afirmarem que

As políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de saneamento básico das comunidades são eficazes para diminuir a mortalidade infantil pós-neonatal, período este em que os óbitos ocorrem devidos principalmente a doenças relacionadas às condições do ambiente em que se vive [...] os investimentos em saneamento devem atender a requisitos técnicos, ambientais, sociais e econômicos, de forma a se trabalhar o conceito de desenvolvimento sustentável, de preservação e conservação do meio ambiente e particularmente dos recursos hídricos, refletindo diretamente no planejamento das ações de saneamento (LEONETTI et al, 2011, p. 343/345).

¹³ CODEVAT – Conselho de Desenvolvimento do Vale do Taquari corresponde ao COREDE (Conselho Regional de Desenvolvimento) local.

Neste contexto, os autores reafirmam a importância da construção de políticas públicas saudáveis, de largo alcance, que impliquem participação popular para seu desenvolvimento, opinião que é corroborada por Porto (2012) e Akermann (2005). Marques (2007) destaca o processo de descentralização como possibilidade de enfrentamento político aos problemas da saúde brasileira, desde que acompanhada da infraestrutura necessária para o desempenho da função, aproximando tecnologias às necessidades da população.

A perspectiva de minimizar este drama factual não é muito otimista em curto prazo, pelo menos é o que se constata em reportagem publicada neste mesmo jornal O Informativo do Vale, em 15/03/2012, p. 4. A matéria intitulada “Em 30 anos Lajeado almeja passar de menos de 1% para 93% de esgoto tratado”, afirma que atualmente apenas 0,97% do esgoto de Lajeado são tratados. A reportagem faz referência ao Plano Municipal de Saneamento Básico de Lajeado, o qual propõe aumentar o percentual para 93% em até 30 anos, sendo que a meta é elevar o percentual a 1,79% até 2013. A nosso ver, certamente uma meta modesta para o ano seguinte, mas ousada no conjunto de 30 anos, em que pese não haver praticamente rede alguma na atualidade (menos de 1%), conforme apurado junto à Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN).

Paulo Vila, engenheiro sanitário entrevistado na reportagem, corresponsável pelo referido plano, afirma que “a situação do esgoto na cidade é caótica, podemos dizer que não existe tratamento de esgoto em Lajeado” (p.4). O profissional acrescenta que atualmente a maioria elimina o esgoto por duas soluções: ou a rede pluvial, muito prejudicial, na medida em que o esgoto é despejado diretamente no rio Taquari, sem tratamento algum, ou via fossa com sumidouro, em que o material se dispersa na terra. Para Loureiro (2007), tal situação depõe contra a condição humana de preservação da natureza e nos torna mais vulneráveis às questões do cotidiano.

Em nível regional, a situação é similar a Lajeado. No dia 22/03/2012, à página 4 de O Informativo do Vale, destaca-se a reportagem “Desenvolvimento socioeconômico: sem saneamento, Vale do Taquari mantém-se estagnado há dez anos”. No corpo da matéria, o então presidente do COREDE/CODEVAT, Professor Ney Lazzari, também reitor do Centro Universitário UNIVATES, destaca que “esta questão (saneamento) puxa nosso índice [regional] para baixo”, ao que o economista Carlos Giasson acrescenta que “é um problema que nenhum gestor público conseguiu combater de forma efetiva” (p.4). De fato, Arretche e Marques (2004) afirmam que o ente federado local deve ser economicamente potente para ampliar os investimentos nas políticas públicas, segundo suas necessidades locais, o que não acontece, no entanto, considerando as condições de infraestrutura de que dispõe para tal empreendimento, haja vista que o governo federal tende a manter-se concentrando em si a condução das políticas.

A reportagem faz referência ao Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) de 2009, divulgado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) que constata um estado de estagnação da região do Vale do Taquari dentro da realidade do Rio Grande do Sul, ocupando atualmente a 15ª posição entre 27 regiões (COREDES). O IDESE considera indicadores relacionados à educação, saúde, saneamento e renda, sendo o pior escore o zero e o melhor a nota um. A região comportava um IDESE de 0,713 em 2000, saltando para 0,744 em 2009, o que, no entanto não significou crescimento dentro do ranking de regiões (O INFORMATIVO DO VALE, 22/03/2012, p.4).

Ao avaliarem-se isoladamente as áreas componentes do IDESE de 2009, para o tema “saneamento” a região está apenas na 21ª posição entre as 27 regiões, ou seja, uma posição que determina claramente que há um ponto frágil neste aspecto. “Enquanto a região não perceber isso como um problema e investir nesse tipo de

obra pública, que não aparece tanto, não sairemos dessa incomoda posição” (Carlos Giasson, economista, p.4).

No ranking das regiões, na educação o Vale do Taquari ocupa o 7º lugar, quanto à renda está na 9ª posição e na saúde encontra-se na 6ª posição. O índice relativo à saúde nos chama a atenção positivamente, pois indica certa potencialidade para a articulação regional de ações conjuntas, a partir de entes federados específicos, no caso a 16ª CRS e a própria SMS de Lajeado (polo regional) e demais municípios do entorno.

Entre os 496 municípios do Rio Grande do Sul, estão entre os 100 piores classificados considerando o IDESE: Boqueirão do Leão (405º); Canudos do Vale (444º), Coqueiro Baixo (413º), Fazenda Vilanova (472º), Pouso Novo (461º), Travesseiro (452º) e Westfália (432º), todos pequenos municípios da região com menos de 10 mil habitantes (O INFORMATIVO DO VALE, 22/03/2012, p.4).

Os indicadores sociais de um território são determinantes da condição de igualdade/desigualdade em que vivem as pessoas da região e, neste sentido, confrontar a política social e econômica é uma necessidade premente (BARATA; 2009). Neste sentido, acrescenta Ayres et al (2007) que a vulnerabilidade social amplia os riscos ao processo de adoecimento ao confrontar os sujeitos às questões ambientais à que estão submetidos. Em outro sentido, para Barcellos (2008), a desigualdade social amplia as chances de o sujeito estar em condição de vulnerabilidade e, por decorrência, em risco de adoecimento, num processo social a ser vencido pela prevenção e promoção da saúde.

Para reverter esta situação são necessários investimentos públicos na área, tanto no que diz respeito a recursos financeiros quanto no desenvolvimento de processos de trabalho que sejam efetivos. A questão econômica é determinante no sucesso da implementação de políticas relacionadas ao tema, conforme se lê:

As questões técnicas, econômicas e institucionais dificultam aos municípios brasileiros realizar uma gestão integrada e sustentável dos resíduos de sua competência, tais como os resíduos urbanos e os da construção civil e de serviços de saúde produzidos pelas próprias municipalidades. Um dos aspectos não equacionados é a sustentabilidade financeira dos serviços prestados. No Brasil, mais de 50% dos municípios não cobram pelos serviços públicos de limpeza urbana, e, quando cobrados, esses valores são insuficientes para cobrir as despesas com a prestação dos serviços (JACOBI e BENSEN, 2011, p. 153).

Importante frisar que pelo escopo do presente trabalho não cabe verificar como foram realizados os investimentos em saneamento básico na região, seja com ênfase no abastecimento de água ou nas redes coletoras ou com ênfase no tratamento de esgoto. Existem outros trabalhos que se dispõem a discutir a disponibilidade de recursos para atender aos diversos aspectos legais aos quais se submete a gestão municipal neste início de século.

Neste contexto, conforme se constata em reportagem do Jornal O Informativo do Vale, de 30/05/2012, página 4, com chamada de capa, os “Municípios investem mais em iluminação e menos em saneamento”. A matéria refere-se a informações divulgadas pelo IBGE (2012) quanto às áreas urbanas e à página 4 o título da reportagem reafirma que as “Cidades (estão) pavimentadas e iluminadas, mas com esgoto correndo a céu aberto”, situação que ocorre em quase metade dos municípios. O comentário da reportagem é confirmado como frequente na sociedade brasileira, na qual a questão ambiental muito recentemente despertou algum tipo de interesse (GUIMARÃES et al., 2007).

Cíntia Agostini, secretária executiva do COREDE/CODEVAT à época (atual presidente, em 2013), economista, argumenta que os investimentos públicos são aplicados de acordo com as demandas da base estrutural dos municípios, sendo que a necessidade de aplicar os recursos em saneamento aparece como uma demanda moderna.

“A preocupação com questões que envolvem o meio ambiente veio à tona há cerca de 20 anos. Antes não se pensava nisso ao se tratar de gestão pública. Aprendemos a usar os recursos naturais, mas só nos preocupamos com lixo e saneamento depois que

extrapolaram nossa capacidade de uso [...] não se fazem políticas de Estado, apenas políticas de governo e isso é um problema brasileiro” (Cíntia Agostini, *Jornal O Informativo do Vale*, 30/05/2012, p.4).

Corroborando com esta opinião, em 06/07/2012, nova reportagem do jornal *O Informativo do Vale* (p.4) intitulada “Plano de Resíduos Sólidos: prazo termina em 57 dias e três cidades concluíram documento”, destaca que até o dia 31/08/2012 os municípios deveriam adequar-se à Política Nacional de Resíduos Sólidos, lançada em 2010, a partir da Lei Federal 12.305, de 02/08/2010 (BRASIL, 2010). No Vale do Taquari, entretanto, apenas três (Estrela, Lajeado e Bom Retiro do Sul) providenciaram a adequação. O jornal consultou 28 municípios e destes 16 responderam que estavam em etapas de elaboração, 08 estariam licitando empresas para desenvolver o trabalho e 04 não realizaram nenhum movimento até a data da reportagem.

Segundo explica a reportagem o Plano de Resíduos Sólidos:

É um documento que indica a realidade da região e traça as ações para implantar o correto tratamento do lixo urbano. O processo deve incluir a geração, a segregação, o acondicionamento, a coleta (tradicional e/ou coletiva), o transporte, o tratamento e a disposição final. O objetivo dos planos é promover a proteção à saúde pública e a proteção ao meio ambiente. Ao ser elaborado, a gestão municipal deve levar em conta que a quantidade e a qualidade do lixo gerado decorrem da quantidade populacional, das características socioeconômicas e culturais, do grau de urbanização e dos hábitos de consumo da população. Por isso, é preciso que os poderes públicos e a comunidade participem da elaboração desta ação. Para desenvolver um projeto que alcance as metas instituídas pela lei, os municípios devem implantar um programa de coleta seletiva eficiente, usinas de triagem e compostagem de lixo e programas de educação ambiental (*Jornal O Informativo do Vale*, 06/07/2012, p.4).

O que se percebe, a partir da discussão inicial, é que há movimentos na direção de soluções mais adequadas para os problemas socioambientais que ocorrem na região. Mas, estes movimentos são originários dos agentes públicos/políticos locais ou decorrem da pressão externa, a partir da legislação federal e estadual? A população, genericamente, está envolvida no processo, percebe sua participação como importante ou necessária na construção de políticas públicas relacionadas aos problemas socioambientais?

Estas são algumas interrogações que despontam a partir do traçado do cenário inicial. De acordo com Guimarães et al (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o saneamento como o controle dos fatores ambientais que incidem sobre o homem, exercendo efeitos nocivos nos aspectos físico, mental e social. O saneamento tem um viés econômico, permeado por ações concretas que visam maior salubridade ambiental, entendida como um estado de saúde normal da população, tanto urbana quanto rural, livre de endemias/epidemias e com condições de vida adequadas.

Compreender as relações do saneamento do meio com a saúde humana é fator importante no processo de planejamento integrado tanto do abastecimento de água quanto no esgotamento sanitário (HELLER, 1997). Na história brasileira a formulação das políticas de saúde e do saneamento cumpriu um papel relevante no incremento substancial da presença de iniciativas do Estado junto à organização da sociedade, ambas possuem uma dimensão territorial expressiva (MARQUES, 1999; HOCHMANN, 2012). Ambas atestam a coletivização da proteção dos cidadãos em face de vulnerabilidades sociais desdobrando na gênese de políticas sociais. O desfecho do processo de construção indica a presença de um diagnóstico de um fenômeno social ou a forma pela qual as elites enfrentaram e enfrentam os dilemas e impasses gerados pela interdependência social entre saúde e saneamento básico.

Heller (1997) destaca o impacto de medidas de saneamento básico (qualidade da água, esgotamento sanitário, destino adequado de resíduos, controle de vetores) sobre a saúde humana, a partir de pesquisas realizadas em países desenvolvidos. A ONU (2013), no Relatório de Monitoramento Global 2009, também reafirma que políticas de saneamento conduzidas de forma eficiente promovem a equidade em saúde e o desenvolvimento sustentável e aponta o contexto brasileiro como preocupante, na medida em que 2,3% dos óbitos no país são decorrentes de problemas relacionados à água, saneamento e higiene, o que equivale a 28.700 mortes

anuais. O relatório realça o aspecto econômico do investimento em saneamento, influenciando na redução de gastos públicos com os serviços de saúde e a diminuição da perda de dias produtivos de pessoas de 15 a 59 anos.

A implantação de políticas públicas na área do saneamento básico pesa de forma peculiar nas finanças governamentais pelos significativos recursos a serem investidos. Além do mais, fatores externos são igualmente relevantes na lógica das disputas e das decisões políticas. Uma estação de tratamento de esgoto ou uma rede de esgoto, por exemplo, usualmente podem ser de alto custo financeiro e político, na medida em que o cidadão não compense esse investimento com sua adesão/valorização por meio de uma votação diferenciada, o que determina alto risco quanto à perenidade da política.

2.3 Os temas ambientais em seis municípios do Vale do Taquari

Este ponto do trabalho é incidental. Não fazia parte do projeto da tese em si, mas surgiu como oportunidade durante o percurso, considerando o período em que estava em desenvolvimento. Ocorre que em julho de 2012, durante o período eleitoral das eleições municipais, foram publicadas no jornal O Informativo do Vale, de Lajeado, uma série de pesquisas eleitorais em seis municípios da região do Vale do Taquari.

São dados colhidos pelo Instituto Methodus Análise de Mercado SS Ltda na região do Vale do Taquari, sob o contrato da Rede Vale de Comunicação Ltda¹⁴, proprietária do jornal O Informativo do Vale, e Rádio Independente, ambas as empresas de Lajeado. Os dados referem-se a pesquisas eleitorais que, além das

¹⁴ Dados disponíveis em <http://www.institutomethodus.com.br/>;
<http://www.informativo.com.br/site/home>; <http://www.independente.com.br/>

intenções de voto, apuraram outras informações sobre os problemas cotidianos das cidades. Não nos interessaram aqui as preferências eleitorais dos entrevistados, mas apenas as informações paralelas, de identificação de problemas locais, definição de prioridades e avaliação dos serviços públicos, pois nos ajudam na reflexão quanto aos problemas socioambientais que incidem sobre a população local, como são percebidos e que níveis de preocupação geram.

Não restam dúvidas que os temas ambientais são relevantes na sua relação com a saúde. Mas, como a população em geral opina sobre a complexidade da questão ou que tipos de conexões são estabelecidos? Em se tratando de pesquisa de opinião trata-se antes de qualquer coisa de um conjunto de dados a serem analisados e relativizados.

Como se verá a seguir, em cada um dos seis municípios pesquisados (de maior porte da região: Encantado, Estrela, Arroio do Meio, Cruzeiro do Sul, Lajeado e Teutônia) foram entrevistados 400 eleitores, distribuídos por faixa etária, renda, sexo, escolaridade e local de moradia (urbana/rural). Segundo a empresa que realizou a pesquisa¹⁵, a metodologia visou contemplar a distribuição média no município, dentro dos grupos pesquisados e, desta forma, coletar as informações de interesse para um diagnóstico relevante para gestores públicos. Considerando que não participamos do processo de coleta de dados, é possível apenas inferir sobre o que foi apurado, estimulados pela curiosidade por um conjunto de informações que vêm ao encontro do tema da tese.

Na prática, são pesquisas de opinião, nas quais são entrevistadas um determinado número de pessoas em cada município, em dias diferentes. Há de se considerar que é discutível a existência ou não de uma “opinião pública”, concepção

¹⁵ A empresa informa de que cumpriram os requisitos da lei eleitoral, sendo todas elas registradas na Justiça Eleitoral, de acordo com as fichas técnicas publicadas nas edições do jornal. A margem de erro para o fim de apurar a tendência de voto foi de 5% (intervalo de confiança de 95%) para mais ou para menos.

fortemente contestada por Bourdieu (1981), que acusa este tipo de pesquisa de conter importantes distorções, a partir do poder simbólico que transita na produção da informação. Bourdieu desqualifica a ‘opinião pública’ na análise de três postulados que ele identifica como premissas falsas:

(a) a suposição de que todos podem ter uma opinião sobre determinado assunto; (b) o pressuposto de que estas opiniões se equivalem; (c) e de que existe um consenso sobre os problemas relevantes e perguntas que devem ser feitas. Tais problemas se aplicam mais exatamente à utilização das sondagens como instrutores da própria discussão pública e da legitimação política (BARROS, 2013, 324).

De toda forma, nos arriscamos reproduzindo os números arrolados nas edições de jornal e que demonstram algum grau de preocupação dos respondentes com os temas inseridos no questionário. É neste ponto que as informações nos trazem algum interesse, mesmo que eventualmente ocorra a interferência dos meios de comunicação no exercício da seletividade do que publicar ou não.

A metodologia da pesquisa empregada pelo Instituto, da forma como descrita nas edições do jornal *O Informativo do Vale* demonstra-se eminentemente quantitativa, apurando-se um percentual dentro do conjunto de entrevistados, sendo que a partir dos números são lançados alguns poucos comentários nas edições do jornal. Podemos afirmar que a metodologia está adequada ao fim que se propõe.

No critério renda, os entrevistados foram subdivididos em seis faixas: até R\$ 1.244,00; de R\$ 1245,00 a R\$ 3.110,00; de R\$ 3111,00 a R\$ 6.222,00; de R\$ 6.221,00 a R\$ 9.330,00 e acima de R\$ 9.330,00. No critério escolaridade, constituíram-se quatro grupos: analfabetos, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Já quanto à faixa etária, os entrevistados foram pareados em seis grupos: menos de 25 anos; de 25 a 34 anos; de 35 a 44 anos; de 45 a 54 anos; de 55 a 64 anos e acima de 65 anos. (*O INFORMATIVO DO VALE*, 13/07/12, p. 14).

Nas entrevistas realizadas, entre outras questões, três perguntas nos interessam para esta análise, quais são:

- Pensando no seu dia a dia, qual o principal problema do seu bairro?
- Pensando em sua cidade, quero que você me diga cinco áreas que devem ser prioridade no seu município; enumere do 1º ao 5º por ordem de importância.
- Agora vou citar alguns serviços e quero que você avalie cada um deles utilizando a mesma escala de 1 a 7 pontos, onde 1 é péssimo, 4 é regular e 7 é ótimo”.

As interrogações levantam questões sobre o que as pessoas entrevistadas afirmam sobre o seu território de vida, quais os problemas que são enfocados no momento da abordagem, o que priorizam e indicam uma avaliação básica quanto à forma que a gestão municipal tem enfrentado as questões. A seguir, reproduziremos as informações de nosso interesse publicadas nas edições do jornal entre os dias 13 e 20 de julho de 2012 e que contribuem para a reflexão em curso.

2.3.1 Encantado: entre as vias públicas, saúde e segurança

Na edição de 13 de julho de 2012 foi publicada a pesquisa relativa ao município de Encantado (registro nº RS-00032/2012), cujos dados foram coletados entre 09 e 10 de julho de 2012. Dentre as 400 entrevistas, 360 foram com residentes na zona urbana e 40 na zona rural, o que reflete a distribuição média dentro do território municipal (O INFORMATIVO DO VALE, 13/07/2012; IBGE, 2013).

Todos responderam às perguntas, das quais nos atemos às três que seguem. Quanto à identificação dos problemas locais, respondendo à pergunta “*pensando no seu dia a dia, qual o principal problema do seu bairro?*”, os itens de destaque foram: **asfalto/pavimentação/estradas** com 24,3%, **saúde/posto de saúde**, com 13,5%, **segurança**, com 12,3% e na quarta colocação foi citado o tema **alagamento/saneamento/esgoto** com 9% das indicações. A **limpeza urbana** foi mencionada por 3,3% dos entrevistados, havendo ainda 7,8% que declararam não haver nenhum problema e 13,8% informaram não saber. Outros temas indicados

pelos residentes em Encantado foram o lazer/esportes (2,8%), creches/educação (3%), infraestrutura (2,5%), iluminação pública (2,3%), drogas (1,3%), emprego/desenvolvimento econômico (1,3%), trânsito (1,3%), apoio à agricultura (0,5%), habitação/moradia (0,5%), parada de ônibus/transporte coletivo (0,5%) e outras citações (1,5%). Note-se que saúde e questões ambientais são temas que aparecem entre as quatro principais preocupações apontadas.

Para apurar as áreas de prioridade, foi realizada a seguinte pergunta: *“pensando em sua cidade, quero que você me diga 5 áreas que devem ser prioridades no seu município; enumere do 1º ao 5º por ordem de importância”*. Frente a esta pergunta, a prioridade maior em Encantado foi o tema *“segurança”*, sendo que o tema **saneamento básico e esgoto** posicionou-se na 3ª colocação, o **abastecimento de água** na 6ª posição e a **limpeza pública e a coleta de lixo** em 8º lugar, entre 15 itens.

Este resultado permite a interrogação sobre as razões que levam a população de uma cidade de cerca de 20 mil habitantes do interior do RS a detectar a questão da segurança pública como prioritária. Em que pese ser possível certo nível de criminalidade em cidades de menor porte, ainda assim causa estranhamento. Vale destacar, por outro lado, que considerando 15 áreas, ao menos três de cunho socioambiental estão entre as 8 principais preocupações.

O terceiro quesito avaliado foi respondendo a pergunta: *“agora vou citar alguns serviços e quero que você avalie cada um deles utilizando a mesma escala de 1 a 7 pontos, onde 1 é péssimo, 4 é regular e 7 é ótimo”*. A pesquisa apurou a percepção dos entrevistados quanto a 15 temas: transporte coletivo; trânsito; atendimento da saúde pública; asfalto e pavimentação; programas de habitação; iluminação pública; limpeza pública e coleta de lixo; educação municipal; abastecimento de água; saneamento básico e esgoto; segurança; esporte e lazer; promoção de eventos e turismo; desenvolvimento econômico e geração de empregos e combate à drogadição (O INFORMATIVO DO

VALE, 13/07/2012). Dos temas listados destacamos 4, de nosso interesse central, conforme visualiza-se no Quadro 02.

Quadro 02: Avaliação dos serviços públicos em Encantado (julho/2012).

Tema / %	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Atendimento da saúde pública	4,9	7,4	33,1	51,8	2,8
Limpeza pública e coleta de lixo	0,8	6	13,5	75,8	4
Abastecimento de água	0,8	3,3	11,8	80,4	3,8
Saneamento básico e esgoto	8,3	12,3	24,9	53	1,5

Fonte: adaptado pelo autor a partir de pesquisa do Instituto Methodus (jul/2012).

O que nos chama a atenção é que entre todos os temas avaliados neste município o abastecimento de água, a limpeza pública e a coleta de lixo são os serviços públicos com melhor avaliação dos entrevistados, com poucos respondentes indicando os serviços como “péssimos” ou “ruins”. Por outro lado, 20,6% referem-se ao saneamento básico e esgoto como péssimos ou ruins no município. O atendimento da saúde pública também apresenta resultados positivos quando comparados com outros municípios, conforme segue, na medida em que entre regular, bom e ótimo o percentual alcança 87,7%. Sem aprofundar demasiadamente a análise destes números, ainda assim podemos inferir um conceito positivo da população em relação à administração municipal de Encantado, pela franca prevalência das respostas regular e boa em relação ao ruim/péssimo.

2.3.2 Estrela: a saúde pública é a prioridade

Na edição de 14/15 de julho de 2012, o Jornal O Informativo do Vale publicou a pesquisa referente ao município de **Estrela**, utilizando-se a mesma metodologia de pesquisa, com a entrevista realizada com 400 pessoas, das quais 350 residentes na zona urbana e 50 na zona rural.

No município de Estrela, na avaliação das prioridades, respondendo à pergunta *“pensando em sua cidade, quero que você me diga 5 áreas que devem ser prioridades no seu município; enumere do 1º ao 5º por ordem de importância”*, o tema mais citado foi o **atendimento da saúde pública**. A **limpeza urbana e a coleta de lixo** ficaram apenas na 8ª posição, o **saneamento básico e esgoto** na 9ª posição e o **abastecimento de água** na 15ª posição entre 15 temas.

Na identificação dos problemas locais, respondendo à pergunta *“pensando no seu dia a dia, qual o principal problema do seu bairro?”*, o tema **asfalto/pavimentação/calçamento/estradas**, tal qual em Encantado, foi apontado prioritário, alcançando 22% dos entrevistados. A **“saúde/posto de saúde”** ficou na 2ª posição com 21%, a segurança apareceu com 20%, seguido pela **limpeza urbana/coleta de lixo** na 4ª posição com 7% e o **saneamento/esgoto/alagamento** na 5ª posição com 6,8% das indicações. Apenas 5,3% responderam não saber dizer qual o problema e 1,5% *“não sabem”*. Outros temas indicados pelos estrelenses dizem respeito a creches/educação (4,3%), trânsito/estacionamento/ lombada/sinalização (3,8%), iluminação pública (2,5%), esporte (1,5%), drogas (1,3%), infraestrutura (1,3%), praças (1%), lazer (0,8%), transporte coletivo (0,5%) e outros somaram 2,8% das citações.

Quanto à avaliação dos serviços públicos locais, os entrevistados de Estrela avaliaram conforme segue, nos temas de nosso interesse central:

Quadro 03: Avaliação dos serviços públicos em Estrela (julho/2012).

Tema / %	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Atendimento da saúde pública	11,70%	22,7	36,7	27,8	1
Limpeza pública e coleta de lixo	2,30%	9,5	21,3	64,2	2,8
Abastecimento de água	0,30%	1	13,6	81,4	3,8
Saneamento básico e esgoto	2,60%	12,8	31,4	53,1	0,3

Fonte: adaptado pelo autor a partir de pesquisa do Instituto Methodus (jul/2012).

Neste quadro, da mesma forma que se apreende quanto aos dados referentes à Encantado, percebe-se uma avaliação bastante positiva quanto ao abastecimento de água. No entanto, outros temas são avaliados de forma aparentemente mais crítica, especialmente no que diz respeito ao atendimento de saúde pública, na qual os conceitos ruim/péssimo somam 34,4%, enquanto que em Encantado este percentual não ultrapassou os 12,3%. Interessante ainda observar a grande similaridade dos dados atinentes ao saneamento básico e esgoto, nas duas cidades. De toda forma, o destaque negativo nesta avaliação é a área da saúde, o que mereceria uma reflexão mais aprofundada sobre o sistema de saúde local. Por testemunho, o que é possível afirmar que à época pré-eleitoral uma série de críticas à saúde em Estrela ecoou via imprensa, especialmente no que diz respeito ao atendimento prestado no Pronto Socorro do hospital local, única alternativa de atendimento após o horário comercial, durante a semana, e em finais de semana e feriados.

Araújo e Cardoso (2007) destacam a necessidade do campo da saúde qualificar sua capacidade de comunicar-se com a população, ampliando a potencialidade de promover saúde e influir em concepções vigentes; do contrário, se a saúde é incapaz de clarear frente à população quais são os propósitos da gestão, prevalecerá a cultura da doença e a crítica derivada da incapacidade de resolver todas as questões complexas do cotidiano.

2.3.3 Cruzeiro do Sul: por mais asfalto/pavimentação/estradas

No dia 17/07/12, foi publicada a pesquisa realizada no município de **Cruzeiro do Sul**. Foram entrevistados 400 eleitores, 240 do meio urbano e 160 da zona rural. Na identificação dos problemas do cotidiano, o asfalto/pavimentação/estradas foi novamente o tema mais citado, desta vez com 41,8% das respostas, talvez sob a influência deste município ter um contingente populacional maior na zona rural. O segundo problema apontado refere-se à **saúde**, com 14,3%. Já os temas **limpeza**

urbana/coleta de lixo e saneamento básico/alagamentos/esgoto apareceram na 3ª e 4ª colocação, respectivamente, com 7,3% e 6,0% das indicações; 6,8% responderam não haver nenhum problema e 4,5% informaram não saber.

Quanto à definição de áreas prioritárias, a **saúde** foi apontada na primeira posição, o tema **saneamento básico e esgoto** apareceu na 5ª posição, a **limpeza pública e coleta de lixo** na 7ª posição e o **abastecimento de água** na última posição entre 15 alternativas, o que implica na variação das percepções dos entrevistados, na medida em que temas próximos são classificados de forma tão distinta.

Na avaliação dos serviços públicos de Cruzeiro do Sul, o quadro 04 revela a seguinte situação, considerando os temas de nosso interesse:

Quadro 04: Avaliação dos serviços públicos de Cruzeiro do Sul (julho/2012).

Tema / %	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Atendimento da saúde pública	9,4	16,5	34,7	37,2	2,3
Limpeza pública e coleta de lixo	6	12,8	26,6	53,9	0,8
Abastecimento de água	1	3,6	14,8	76,4	4,2
Saneamento básico e esgoto	14,2	13,4	25	46,6	0,8

Fonte: adaptado pelo autor a partir de pesquisa do Instituto Methodus (jul/2012).

No quadro, destacamos o **saneamento básico e esgoto** apontado como ruim ou péssimo por 27,6% dos entrevistados, percentual superior aos municípios de Encantado e Estrela. O atendimento da saúde pública, indicado por 25,9% dos respondentes, também apresenta percentual considerável de avaliações ruim/péssimo mas, outros 81,3% consideram-na como regular/bom/ótimo. De qualquer forma, a saúde foi apontada como prioridade local, o que vem ao encontro da certa prevalência que o tema tem em todos os municípios, especificamente na necessidade de organizar alternativas para a assistência aos adoentados, mais do que efetivamente desenvolver ações de promoção e prevenção, dentro do modelo médico-privatista, neoliberal, como destaca Carvalho (2005).

2.3.4 Arroio do Meio também prioriza asfalto/pavimentação e estradas

No município de Arroio do Meio, foram coletadas informações em 11 e 12 de julho de 2012, sendo os resultados publicados na edição de 18/07/2012 do Jornal O Informativo do Vale, às páginas 10, 11 e 12. A pesquisa foi registrada na Justiça Eleitoral sob o nº RS-00038/2012 e nela foram entrevistados 400 eleitores, sendo 320 do meio urbano e 80 da zona rural.

Abordando as informações que nos interessam, neste município, inquiridos a identificarem o principal problema do bairro, 41,3% responderam ser o asfalto/pavimentação/calçamento/estradas, mesmo tema que liderou as citações nos outros municípios. A **saúde/posto de saúde** foi o 2º mais citado, com 11,3%, **saneamento/esgoto/alagamento** em 3º com 8%, a segurança com 7% e a **limpeza urbana e coleta de lixo** na 5ª posição, com 4% das indicações. Outros 11 temas foram citados, com menor percentual e 8,5% dos entrevistados disseram não haver nenhum problema e 3,8% não sabem (O INFORMATIVO DO VALE, 18/07/12, p.12). Na identificação de áreas prioritárias, entre 15 temas, o asfalto e pavimentação foi o mais citado, ficando em 2º lugar o **atendimento da saúde pública**. O **saneamento básico e esgoto** ficou na 6ª posição, a **limpeza pública e coleta de lixo** na 11ª posição e o **abastecimento de água** na última posição. Quanto à avaliação dos serviços públicos, a pesquisa publicada no Jornal O Informativo do Vale (18/07/12, p.12) indica as seguintes percepções, conforme o quadro 05.

Quadro 05: Avaliação dos serviços públicos de Arroio do Meio (julho/2012).

Tema / %	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Atendimento da saúde pública	2,8	12,6	35,6	46,5	2,5
Limpeza pública e coleta de lixo	0,8	5,5	22,8	68,5	2,5
Abastecimento de água	0	0,8	12,1	85,1	2
Saneamento básico e esgoto	2,1	12,5	35,9	48,7	0,8

Fonte: adaptado pelo autor a partir de pesquisa do Instituto Methodus (jul/2012).

O que se depreende das informações colhidas é que neste município há uma apreciação bastante positiva quanto ao abastecimento de água, com 87,1% de conceitos 'bom/ótimo'. Já para os outros três temas apontados no quadro 5, há um contingente considerável de respostas que classificam os serviços de ruins ou regulares, o que demanda uma avaliação maior sobre as razões para tal resultado. No caso do saneamento básico e esgoto, os conceitos péssimo/ruim somam 14,6%, percentual inferior, no entanto, ao município de Cruzeiro do Sul, por exemplo.

2.3.5 Lajeado: vias públicas e saúde

No município de Lajeado foram entrevistados 400 sujeitos entre 13 e 14 de julho de 2012, todos da zona urbana, segundo a metodologia empregada pelo Instituto Methodus. Os resultados foram publicados na edição de 19/07/2012, às folhas 04, 05 e 06, do Jornal O Informativo do Vale.

Quanto à identificação do principal problema do seu bairro, os respondentes indicaram o asfalto/pavimentação/calçamento/estradas com 26,5% dos entrevistados. A segunda indicação foi a **saúde/posto de saúde**, com 16%, a segurança pública foi apontada por 13,3% dos entrevistados, o trânsito por 8,8% e, na 5ª posição, o **saneamento básico e esgoto**, com 5%, seguindo-se o tema **limpeza urbana/coleta de lixo**, com 4,3%. Outros temas nomeados foram a educação/creches com 2%, drogas com 1,8%, lazer 1,5%, iluminação pública 1%, estacionamento 0,8%, transporte coletivo 0,8%, outros com 2,5%, havendo ainda 7,3% que não indicaram nenhum problema e 6,3% não souberam responder (O INFORMATIVO DO VALE, 19/07/12, p. 06).

Quanto às áreas apontadas como prioritárias em Lajeado, destacou-se como a mais prevalente o **atendimento na saúde pública**, a segurança e o asfalto/pavimentação na 3ª posição. O **saneamento básico e o esgoto** apareceram na

5ª posição, a **limpeza pública e coleta de lixo** em 8º lugar e o **abastecimento de água** ficou na 12ª posição entre 15 temas. Na avaliação dos serviços públicos locais, analisando os dados referentes aos temas de nosso interesse principal, temos os seguintes resultados apurados pela pesquisa realizada em Lajeado:

Quadro 06: Avaliação dos serviços públicos em Lajeado (julho/2012).

Tema / %	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Atendimento da saúde pública	12,3	17,9	42,2	26,1	1,5
Limpeza pública e coleta de lixo	3,3	6	21,6	65,1	4
Abastecimento de água	1	2,3	11,3	80,6	4,8
Saneamento básico e esgoto	9,4	14,7	26,3	48,4	1,3

Fonte: adaptado pelo autor a partir de pesquisa do Instituto Methodus (jul/2012).

Os resultados de Lajeado indicam 30,2% de opiniões mais críticas em relação ao **atendimento da saúde pública** e 24,1% de conceitos 'ruim/péssimo' para **saneamento básico e esgoto** como índices que chamam a atenção. Por outro lado, o abastecimento de água apresenta dados muito positivos. São números que devem ser levados em conta na gestão da saúde local, pois nos três aspectos investigados pela pesquisa o tema da saúde aparece como forte ponto de crítica pelos entrevistados. Lajeado é uma cidade polo regional e tem uma série de problemas organizacionais na sua rede de saúde ainda em 2013. Falo com certa propriedade neste momento (final de 2013) tem em vista a posição que ocupo. O município comporta um hospital filantrópico de grande padrão para os padrões locais (aproximadamente 200 leitos), com atendimentos de baixa, média e alta complexidade e que vem atendendo aos usuários do SUS de toda região e, em alguns casos (lábio leporino, por exemplo) a todo estado do RS.

2.3.6. Teutônia: saúde é prioridade

A sexta pesquisa do Instituto Methodus foi realizada em Teutônia, sendo ela publicada no Jornal O Informativo da Vale em 20/07/2012. As informações foram coletadas entre 16 e 17 de julho de 2012, por meio de 400 entrevistas, 360 no meio urbano e 40 em áreas rurais. Na reportagem, inquiridos a identificarem o “principal problema do seu bairro”, o tema **saúde/posto de saúde** foi o mais citado, com 36,3% das indicações, seguido pelo **asfalto/pavimentação/calçamento/estradas**, com 14,5% e **segurança** com 9,8%. O **saneamento básico/esgoto** foi o 5º tema mais citado, com 4,5% e a **limpeza urbana** o 13º tema, com apenas 0,5%. 10,5% não indicaram nenhum tema e 6,8% não souberam responder.

Ao responderem a pergunta “pensando na sua cidade, quero que você me diga 5 áreas que devem ser prioridades no seu município; enumere do 1º ao 5º, por ordem de importância”, os resultados indicaram a seguinte ordem, entre 15 temas: **atendimento da saúde pública**, segurança, combate à drogadição, **saneamento básico e esgoto**, na 4ª posição, educação municipal, desenvolvimento econômico e geração de empregos, trânsito, esporte e lazer, **limpeza pública e urbana**, na 10ª posição, abastecimento de água, na 11ª posição, iluminação pública, programas de habitação, promoção de eventos e turismo, e transporte coletivo na 15ª posição (O INFORMATIVO DO VALE, 20/07/12, p. 18). Na avaliação dos serviços públicos, os 400 respondentes da pesquisa em Teutônia responderam da seguinte forma, nos temas de nosso interesse central:

Quadro 07: Avaliação dos serviços públicos de Teutônia (julho/2012).

Tema / %	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Atendimento da saúde pública	9,7	17,1	39,9	30,9	2,3
Limpeza pública e coleta de lixo	0,5	2,8	18,3	73,8	4,8
Abastecimento de água	1	2,3	11,6	76,8	8,3
Saneamento básico e esgoto	6,6	11,1	25,5	54,5	2,3

Fonte: adaptado pelo autor a partir de pesquisa do Instituto Methodus (jul/2012).

Os dados inseridos na tabela nos indicam uma satisfação positiva nos temas limpeza pública e coleta de lixo e abastecimento de água, com poucas entrevistas classificando-os como péssimo-ruins. De outra forma, no saneamento básico e esgoto já temos um percentual maior de “insatisfeitos” e na questão do atendimento da saúde pública apenas 1/3 classifica os serviços com os conceitos bom/ótimo. Há ainda um contingente considerável que classifica a saúde como ruim ou péssima.

A série de pesquisas realizadas pelo Instituto Methodus nestes seis municípios, nas quais foram ouvidas 2.400 pessoas, conforme anteriormente discriminadas, culminaram em reportagem publicada em 06 de agosto de 2012 no Jornal O Informativo do Vale, intitulada “O povo reclama das ruas e considera saúde prioridade”. No cálculo da média das indicações percebidas, os entrevistados declararam como principal problema as questões relacionadas com a pavimentação, asfalto, calçamento e estradas, com 32% das manifestações. Já a **saúde** foi a segunda mais referida, com 15,1%, seguindo-se a segurança, com 11,1%, o **saneamento básico/esgoto/alagamentos**, com 6,5%, a limpeza, com 4,4% e o trânsito, com 3,9%.

2.4. Vale do Taquari: cenário para a construção de políticas públicas de saúde e ambiente

Em análise das informações arroladas nestas pesquisas do item 2.3, pode-se inferir que os entrevistados indicam como suas prioridades imediatas problemas do cotidiano, decorrentes tanto na observação do entorno (caso do calçamento e trânsito, por exemplo) quanto na dificuldade de acesso quando há demanda para o uso dos serviços públicos disponíveis, como é o caso da saúde. Chama a atenção também que os problemas socioambientais não passam ao largo, são questões referidas e em alguns municípios são alvo de críticas ou apontamentos e requerem soluções, na

forma de ações concretas, via políticas públicas factíveis, que minimizem seus efeitos na vida das pessoas.

Enunciar a formulação e implantação de políticas públicas pode decorrer de uma visita ao imaginário da população. Promover processos de investigação como forma de auscultar as demandas ou visitando o imaginário, pode tornar-se um palco para a criação política, torna-se estratégico para os debates, para a crítica da gestão pública e, portanto, para a tomada de decisões pertinentes. Deste ponto de vista

“Sugere-se, aqui, que a avaliação qualitativa deve permitir a explicitação dos horizontes políticos implícitos nas vertentes teóricas, nos discursos e nas práticas. A busca pela diferenciação das perspectivas se volta, então, não mais para a superfície dos discursos, mas para campos mais profundos e radicais, para as raízes da criação política, o imaginário” (FERRARO JUNIOR et al, 2011, p. 341)

Nesta perspectiva, de acordo com Mendes (2001), a opinião refletida pelos entrevistados explicita um desejo expresso nas necessidades vividas no cotidiano e a percepção crítica se instaura na incerteza do acolhimento à sua necessidade, frente a respostas desarticuladas das administrações públicas, incapazes de construir cenários que contemplem as demandas sociais da população. No caso da saúde, a política pública é inclusiva, na forma de ações e serviços atrelados a normas inscritas na Constituição Federal de 1988, com seus princípios em torno de direitos fundamentais.

Neste contexto, visualizando a região do Vale do Taquari, podemos pensar em um sistema de saúde destinado ao sucesso? A priori, a resposta pode ser afirmativa, mas, considerando a complexidade do leque de ações e serviços prestados, em níveis de complexidade que não se articulam adequadamente e que representam um custo econômico elevado, temos um problema de gestão importante, situação que é comum em todo território nacional (CARVALHO, 2007). Conforme Silva (2001), a gestão e o seu planejamento estratégico com a definição das tecnologias disponíveis talvez seja o grande desafio para o desenvolvimento de organizações de saúde de

cunho mais equitativo e resolutivo no nível local (p.131). Tal premissa se aplica em todos os níveis do governo, sujeitos às variáveis que implicam nas dificuldades de gerir o sistema de saúde e, conseqüentemente, impactam na capacidade das políticas públicas serem resolutivas e eficientes.

A ênfase na eficiência nasceu da premissa de que as políticas públicas e suas instituições estavam fortemente influenciadas por visões redistributivas ou distributivas, desprezando-se a questão da sua eficiência. As razões para tal reconhecimento estão na crise fiscal e ideológica do Estado, aliadas ao declínio do sonho pluralista que caracterizou a visão norte-americana sobre políticas públicas em décadas passadas (Souza, 2006, p. 34).

Frente à desigualdade no acesso aos serviços e ações de saúde, gera-se o conflito latente, visto que as necessidades prementes dos usuários não são atendidas a contento ou, então, cria-se no imaginário social a crença quanto à ineficácia das políticas públicas de saúde, gênese da crítica, conforme vimos refletidos a partir das entrevistas das pesquisas eleitorais anteriormente referidas.

Compreender as razões ocultas para o conflito e o risco que o embate representa para a sociedade torna-se relevante e urgente. As tensões entre diferentes interesses manifestos (ou não) têm representado um risco evidente à manutenção e aperfeiçoamento da gestão pública da saúde, tal qual nas outras políticas públicas que buscam universalizar direitos. Nesta direção, Campos (2006b) destaca que a oposição ao SUS nasce da perspectiva de uma sociedade neoliberal, em uma política de mercado livre, na condição do capital hegemônico.

A partir desta reflexão, quais as possibilidades do campo da saúde pública brasileira contribuir efetivamente para a garantia dos direitos sociais aos atores sociais mais na base da pirâmide socioeconômica? Do ponto de vista da formulação o Sistema Único de Saúde (SUS), com sua ótica universalista pretende se constituir em instrumento efetivo para diminuir a desigualdade social que caracteriza o território objeto da presente investigação.

A opinião pública captada pelas pesquisas indicam temas do cotidiano que, de algum modo, estão presentes na pauta de preocupações na condução das políticas públicas. Os documentos produzidos na construção das políticas refletem as tensões que permeiam a projeção destas demandas expressas. Ou “o desenho das políticas públicas e as regras que regem suas decisões, elaboração e implementação, também influenciam os resultados dos conflitos inerentes às decisões sobre política pública” (Souza, 2006, p.20).

A discussão da qualidade de vida proporcionada pelas políticas públicas de alguma forma tende a ser influenciada por um conjunto de aspectos entre os quais a promoção da justiça social e a efetivação da cidadania (GALLO, 2012). No caso da saúde que em seu âmbito próprio compreende as suas interfaces e se rege por uma centralidade na dimensão social do desenvolvimento, ampliar a cidadania por meio de políticas inclusivas e garantia de direitos têm sido a premissa essencial (MENDES, 1999).

A partir dessa visão, partilha-se da perspectiva de Vitte e Keinert (2009, p.10) que as políticas públicas possuem um nexos com o planejamento e gestão pública, bem como a qualidade de vida legitima-se menos no debate público por sua dimensão individual e, mais pela efetividade na relação com o meio ambiente. As demandas arroladas pela pesquisa quantitativa de alguma forma demonstram os esforços de compreensão da visão cotidiana e a estatura política requerida do planejamento municipal e de uma prática na gestão pública redimensionada pela democracia, fortalecimento da cidadania e garantia dos direitos fundamentais.

Os agentes sociais participantes dos fóruns de construção destas políticas têm o mesmo diagnóstico quanto aos problemas e prioridades? No caso da saúde, os planos municipais inserem em seu conteúdo análises de eventuais problemas socioambientais que impactam a saúde? E, da mesma forma, os conselheiros de saúde que participam da deliberação das políticas de saúde percebem nos resíduos sólidos, no esgotamento sanitário ou na qualidade da água de consumo humano

temas relacionados à saúde? São questões em aberto e que instigam o olhar sobre a região da 16ª CRS.

3 TERRITÓRIOS VIVOS E O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE E AMBIENTE

Na atualidade, o mapa geopolítico brasileiro é recortado por 5.570 municípios, dos quais 496 estão no Rio Grande do Sul (IBGE, 2013). Em todo o país, os municípios comportam uma realidade desigual, com a coexistência de pequenas localidades e grandes metrópoles, com suas peculiaridades sociodemográficas, culturais e políticas, em um contexto histórico de iniquidades sociais, condicionadas socialmente e determinantes das condições de vida da população (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Há municípios que são extensos territorialmente, enquanto outros estão comprimidos em pequenas áreas¹⁶ que, no entanto, comportam territórios vivos nos quais se desenvolve a vida, em todas as suas dimensões (SANTOS, 2008; IBGE, 2013).

Atentos ao cotidiano perceber-se-á que existem lugares em que as condições de vida são mais adequadas, com o acesso às necessidades do cotidiano, tais como a água potável, saneamento básico, recolhimento de resíduos, meios de transporte, habitação salubre, entre outros quesitos. Já noutros ambientes a vida é difícil, de carência do básico, sem acesso à proteção social mais perene, em que pese atualmente existirem políticas como a Bolsa Família, instituído pelo Governo Federal, entre outras. A desigualdade social está espalhada pelo país, mais pronunciada em

¹⁶ Para exemplificar a desigualdade geográfica, segundo dados do IBGE (2013), o maior município do Brasil é Altamira, no Pará, com 159.695 km², enquanto o menor é Santa Cruz de Minas, com meros 2,8 km². No Rio Grande do Sul, a partir da mesma fonte (IBGE, 2013), sobressai-se Alegrete como o maior município, com 7,8 mil km², enquanto Esteio é o menor, com 27,5 km².

algumas regiões, mas está presente em praticamente todos os municípios da federação, em maior ou menor grau, como apontam os indicadores socioeconômicos apurados pelo Censo de 2010 e em análises demográficas nacionais (RODRIGUES, 2010; IBGE, 2012). Diante disto, o investimento em saneamento básico é uma das ações concretas que influenciam na condição de vida da população.

Pelo impacto na qualidade de vida, na saúde, na educação, no trabalho e no ambiente, o saneamento básico envolve a atuação de múltiplos agentes em uma ampla rede institucional. No Brasil, está marcado por uma grande desigualdade e por um grande déficit ao acesso, principalmente em relação à coleta e tratamento de esgoto. (Leoneti et alii, 2011, p. 335)

Neste contexto, conforme preconiza a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2013), em documento de 2008, confrontar a totalidade das demandas implica em articular políticas públicas direcionadas às iniquidades sociais, a partir da intervenção do Estado, tratando-se essencialmente de garantir o que está na lei brasileira desde a Constituição Federal de 1988, que inscreve direitos fundamentais, tais como a saúde, a educação, a habitação, entre outros, como veremos adiante.

No caso da saúde, o debate em torno destas garantias vem sendo fulcro para avanços desde a década de 1970, a partir da luta social derivada da consciência sanitária decorrente das formas associativas que captam politicamente a leitura da vida cotidiana projetando a ampliação dos direitos de cidadania, bem como influenciaram as precárias condições de vida da população socioeconomicamente mais vulnerável, residente principalmente nos rincões distantes das metrópoles ou, ainda, nas periferias destas (CAPISTRANO FILHO, 1995; PAIM, 1999; BARATA, 2006). Paim (1999) e Campos (2006b) referem-se à luta por melhores condições de

vida em torno do movimento da Reforma Sanitária¹⁷, surgido neste período, como reação ao modelo excludente e elitizado, dominado pelo mercado da saúde.

Conforme destaca Paim (2011), o sistema sanitário brasileiro, antes da CF de 1988, apresentava lacunas importantes que causavam desassistência, adoecimento e indicadores epidemiológicos inaceitáveis.

“Só quem tinha acesso a serviços de saúde, à assistência médica [...] eram os trabalhadores urbanos que tivessem vínculo formal com o mercado de trabalho [e] naquela época, a maior parte da população vivia na área rural ou nas cidades do interior e a população somente é quem tinha acesso [...] já se vê por aí o quanto era excludente o sistema de saúde brasileiro” (PAIM, 2011, p.7).

Os participantes do movimento da Reforma Sanitária (e a sociedade brasileira em geral) almejam melhores condições de vida, menos mortes evitáveis e o desenvolvimento de um sistema de saúde de largo alcance social (CNDSS, 2013). Neste sentido, conforme aponta Minecucci (2007), desde então (década de 1970) aspira-se quebrar (ou ao menos se enfrenta) a concepção de saúde biomédica centrada na presença ou não de doenças, visão hegemônica no século XX.

Tal objetivo não é, de toda forma, fácil de implementar, visto que gera um efetivo confronto político e uma reordenação do “mercado da saúde”, instituído ao longo de décadas, gerador de lucros significativos para a “indústria da doença”, basicamente aquela produtora de equipamentos/instrumentos usados na assistência à saúde, a produtora de fármacos e, também, a prestadora de serviços dirigidos à população adoentada (CORDEIRO, 2005; CAMPOS, 2006).

O movimento da Reforma Sanitária se organiza em torno do enfrentamento ao regime militar da década de 1970, especificamente a partir dos movimentos sociais e de segmentos da academia, os quais reivindicam a reordenação do cuidado em saúde

¹⁷ O movimento da Reforma Sanitária se instituiu a partir do compartilhamento de ideais do meio acadêmico e dos movimentos sociais, sendo que estes ideais foram sistematizados no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986 (PAIM, 1999).

no Brasil, em sintonia com o movimento observado no Canadá e na Europa, especialmente (PAIM, 1999b; CORDEIRO, 2005). Segundo Minecucci (2007) este movimento traz à tona temas como a universalidade, a equidade, a integralidade, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, entre outros, e que serão proposições inscritas no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, em Brasília, a qual se centra no conceito ampliado de saúde¹⁸ e no reconhecimento da saúde como direito social e dever do Estado (PAIM, 1999; BRASIL, 2006).

São propostas que serão correntes na política de saúde instituída no texto constituinte de 1988 e que implicam em um embate entre um novo paradigma assistencial à saúde da população, tanto no plano individual quanto coletivo, contra o modelo hegemônico hospitalocêntrico/biomédico, organizado em torno do poder do capital/mercado, ou seja, a mencionada “indústria da doença” (SILVA, 2001; CAMPOS, 2006).

Em sendo assim, pensar a saúde ultrapassa a ideia de tratar de doenças, visto que um ‘sistema único de saúde’ conforme proposto na 8ª CNS “consagra o resgate da saúde da condição de mercadoria, e a eleva à dignidade de direito de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura” (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 23). Falar de saúde significa reconhecer que diferentes setores sociais impactam as condições de vida e, portanto, segundo Andrade (2006) a política é intersetorial, construída na interação das práticas sociais articuladas com a gestão pública.

Se existem modos de relacionamentos empreendidos em face da natureza, de forma similar o que se entende por doença reflete as alterações territoriais,

¹⁸ O conceito ampliado de saúde nega a simplificação de que “saúde é a ausência da doença”, apregoando que a saúde é produzida socialmente. Vasta literatura investiga o conceito e o tema será retomado mais adiante.

geográficas, demográficas, prazerosas, bélicas, produtivas e culturais que impactam o lugar cotidiano da vida. (CARVALHO et alii, 2010). Nesta perspectiva, o campo da saúde encontra-se com a temática ambiental e a concepção de ‘saúde ambiental’ eleva sua importância na gestão da política. Em outras palavras, ao assumirmos como consistente a ideia da saúde ser produzida socialmente, é igualmente fato a necessidade de aproximarmos sua concepção dos aspectos externos à saúde condicionada biologicamente. Neste sentido, cabe destacar que

A Saúde Ambiental nasce como uma “questão eco-sócio-sanitária” e tem em sua arqueologia, no campo da Saúde Pública, as ações de controle de endemias (vetoriais e infectocontagiosas), de saneamento básico, de vigilâncias sanitária, epidemiológica e de saúde dos trabalhadores. Uma dificuldade nesta trajetória é o fato de a saúde pública brasileira ser prisioneira de uma abordagem oriunda da teoria monocausal ou quando muito alicerçada no modelo de Level-Clark (ambiente-agente etiológico-hospedeiro) que não diferenciam os elementos de seu sistema, colocando-os num mesmo nível hierárquico. (CARVALHO, 2010, p.98).

Neste sentido, sem sombra de dúvida ao compreender a relação complexa entre a saúde e o (meio) ambiente se amplia a potência das práticas sanitárias em benefício das condições de vida adequadas da população (HELLER, 1997; MINAYO, 2002; 2007). Esta apropriação se vê refletida no conceito expresso em publicação do Ministério da Saúde, que assim define:

(Saúde Ambiental é o) conjunto de ações que objetiva alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental, compreendendo: o abastecimento de água, a coleta, o tratamento e a disposição de esgotos e resíduos sólidos (lixo) e gasosos, além dos demais serviços de limpeza urbana, o manejo de águas pluviais urbanas (drenagem urbana), o controle ambiental de vetores e reservatórios de doenças, o saneamento domiciliar e a disciplina da ocupação e do uso do solo em condições que maximizem a promoção e melhoria das condições de vida nos meios urbano e rural. No Brasil a área da saúde tem uma atuação histórica em saneamento, tendo, ao longo dos anos, contado com diversos programas e práticas voltadas ao desenvolvimento de ações de saneamento e de promoção da integração entre saúde e saneamento. Este papel foi reconhecido e respaldado na legislação brasileira vigente, como na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) (BRASIL, 2011a, p.333).

Parece-nos que o texto indica a necessária e possível sinergia a partir do desenvolvimento de políticas que impactem a saúde e incidam sobre as condições ambientais, posição que vai ao encontro do proposto por Freitas e Porto (2006), e

Heller (1997). Ainda nesta mesma publicação do Ministério da Saúde, às páginas 333 e 334, descreve-se um conceito de ‘saneamento básico’, para o qual lançamos foco pela influência plausível no que tange ao desenvolvimento de uma política de saúde de largo alcance social.

As ações de saneamento básico são essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população, com a implantação de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares e destinação adequada de resíduos sólidos (lixo). A promoção de saneamento básico tem ligação direta com a melhoria na saúde da população. Assim, cada município, em parceria com o estado e a União, é responsável por garantir este direito (BRASIL, 2011a, p.333).

O que se confirma em ambos os textos é esta óbvia proximidade dos temas ‘saúde’ e ‘ambiente’, imbricados que ambos estão como destaca Minayo (2002). Supõe-se que, a partir desta premissa inicial, na gestão das políticas públicas de saúde esta correlação seja definidora de práticas de saúde e ambiente, a partir do planejamento de ações e serviços. E, se é assim, as primeiras perguntas que se apresentam são quanto ao fato de os *policymakers* (SECHI, 2010) considerarem que a temática ambiental impacta o processo saúde-doença; se diagnosticam localmente a situação e se dimensionam estratégias que contraponham os eventuais problemas verificados, dentro de uma perspectiva de política pública efetiva.

Por hipótese, a questão ambiental, provavelmente está diminuída na sua importância no campo da saúde, não sendo suficientemente considerada pelos atores sociais (e, dentre eles, os conselheiros de saúde) que pensam as políticas de saúde e as colocam em prática. Neste sentido, estes atores sociais conseguem, de fato, planejar a política de saúde?

Apesar do discurso de mudança neste modelo tecnoassistencial que o SUS propõe, no cotidiano persistem hegemônicas as práticas focadas na “indústria da doença” e suas implicações econômicas (CAMPOS, 2006a; 2006b; SILVA JUNIOR 2006). O caso concreto nos leva à necessidade de analisar, com mais profundidade, qual a concepção/prática de saúde vigente no sistema de saúde brasileiro e, de outro

modo, refletir sobre quais são as medidas cabíveis para eventualmente mudar a conjunção de fatores incompatíveis para a efetividade da relação ambiente e saúde e condições socio sanitárias de vida da população (MINAYO, 2002).

Nas questões relativas à legislação as políticas públicas de saúde anunciam a garantia dos direitos sociais de forma igualitária e com equidade, visando especialmente a base da pirâmide social. No entanto, o embate que se trava é quanto à capacidade do sistema em face das amplas demandas, das vulnerabilidades sociais e das muitas fragilidades políticas. E levanta-se a questão quanto à capacidade das políticas públicas de saúde de serem catalisadoras eficientes no desafio de diminuir as desigualdades sociais (CAMPOS, 2006).

Henriques (2000) defende a ideia da inconformidade com as circunstâncias e causas das iniquidades e da necessidade de uma ampla repactuação social no Brasil para confrontar o problema social. Scalon (2004) avalia que os brasileiros desejam mudança, mas há certa fragilidade na solidariedade social e incapacidade do Estado de promovê-la; ou, com amparo na concepção de Bourdieu (2008), um capital social insuficiente para programar esta mudança desejada.

Esta discussão se torna relevante na medida em que é da concepção de saúde que permeia os atores sociais envolvidos que nascerá a compreensão do que vem a ser um “problema” afeito à temática e, por conseguinte, o que deveria ser priorizado na construção de políticas públicas. A prioridade são as doenças propriamente ditas ou as pessoas e o contexto de suas vidas? Estas interrogações serão como condicionantes na compreensão do fato social “conselho de saúde e o seu modo de pensar saúde e ambiente”, foco de nosso trabalho.

3.1 A determinação social do processo saúde-doença: o novo paradigma?

No campo das práticas, na atuação junto à comunidade, os profissionais de saúde detêm um poder simbólico atribuído e que lhes confere status de intelectuais frente aos indivíduos residentes no local, na medida em que detêm uma autoridade teórica e prática relacionada ao campo da saúde. Cabe-lhes o trabalho junto ao coletivo e, neste trabalho, a opção entre a regulação das relações que se estabelecem ou, em contraponto, o incentivo à emancipação concreta dos agentes sociais, pensando-os conscientes de seu espaço social na luta por melhores condições de vida. A primeira opção, por hegemônica, é a via fácil; exerce-se o poder regulatório do conhecimento sobre a ignorância. Imputa-se às pessoas a culpa pelos seus problemas de saúde-doença e reproduz-se o status de dominação dos que têm poder, seja cultural, seja econômico, seja social, conforme acrescenta Vasconcelos (1997).

Na definição da forma de atuar junto ao campo da saúde afloram as concepções dominantes nos profissionais de saúde: ou o modelo biomédico positivista ou o modelo da determinação social do processo saúde-doença. Qual a base de formação destes profissionais, quais suas concepções e a sua trajetória pessoal que lhes trouxe à tona no campo da saúde? A medicina, por exemplo, (e de resto também as outras profissões da saúde) ainda mantém na maioria das escolas um processo de formação acadêmica majoritariamente voltada à clínica, na dualidade diagnóstico-terapêutica, focando seu olhar sobre os aspectos orgânicos do ser humano, centrando-se nas alterações específicas e na determinação da cura (SANTOS e WESTPHAL, 1999). Trata-se de um modelo de formação que tem por base o relatório de Abraham Flexner, de 1910, lançado nos Estados Unidos e que durante todo o século XX marcou as diretrizes das escolas de Medicina naquele país e, reflexamente, no Brasil. As outras profissões da saúde, surgidas em sua maioria em

meados desse século adotaram o modelo da Medicina, com suas virtudes e equívocos.

“Toda ênfase flexneriana está nos aspectos curativos porque prestigiar diagnóstico e terapêutica são, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, à medida que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização” (MENDES, 1999, p. 237).

Por consequência, o que temos hoje são profissionais da saúde focados na técnica, formados ao longo das últimas décadas, orientados pela hiperespecialização, que segmenta o corpo humano e desconsidera as subjetividades do ser humano com o qual trabalha tanto no plano individual quanto coletivo (PINHEIRO et al, 2005). Segundo Vasconcelos (2006), este profissional centra sua atividade na clínica, no hospital, na assistência ao processo de adoecimento, o que talvez explique a dificuldade que muitos profissionais da saúde enfrentam ao confrontar-se com a realidade social, com a desigualdade, com a ação coletiva em saúde. Habitados aos corredores dos hospitais universitários sofrem ao por os pés nas vilas empoeiradas, sem saneamento, sem a urbanização mínima que garanta condições de vida adequadas. Sua formação fragmentada, amparada nas especialidades médicas, traz ao bojo da questão suas dificuldades em perceber-se atuando em outros contextos. Neste sentido Morin (2004) avalia que

Há inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários (MORIN, 2004, p.13).

A década de 2000 trouxe novas diretrizes curriculares para a formação em saúde, lançadas pelo Conselho Nacional de Educação. A partir de então se cristalizam esforços pela reorientação do processo formativo e o ambiente acadêmico nas escolas passa pela tensão normal percebida quando paradigmas são postos à prova; novas estruturas teóricas causam incertezas e o debate se enriquece em torno

de propostas pedagógicas diferenciadas, a partir de modelos teóricos em xeque (PINHEIRO et al, 2005).

O que temos na formação é um profissional da saúde que historicamente percebeu o seu “paciente” como responsável pela sua doença, sendo da responsabilidade do profissional diagnosticar e curar. Segundo Arouca (2003), esta forma de perceber os indivíduos vem passando por transformações com o fortalecimento da Medicina Social e a ênfase na prevenção e, posteriormente, do reconhecimento da implicação social nas condições de saúde e adoecimento da população.

O modelo ‘*flexneriano*’ não funciona adequadamente em um processo de formação acadêmica baseado na integralidade com foco nas necessidades da população. O racionalismo explícito na formação biomédica mostra-se insuficiente frente às subjetividades que permeiam as relações humanas e sociais. Neste sentido, Vasconcelos (2006) destaca que

“Se a ciência tende a estudar cada problema de forma disciplinar e especializada, o paciente, sua família e os movimentos sociais demandam uma atenção integral. Em cada pequeno fato social e sanitário está presente a complexidade da vida e as suas múltiplas dimensões. A assistência integral se constrói principalmente através do pôr a ação terapêutica subordinada às demandas globais dos pacientes, seus familiares e seus movimentos sociais (p. 283)”.

Na figura 4 temos demonstrada a correlação multifacetada do processo de saúde e adoecimento do indivíduo, sendo que o aspecto orgânico é apenas uma das dimensões que incidem sobre o todo. Conforme Silva Júnior (2006), o estilo de vida, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e de trabalho e no plano macrossocial as próprias condições socioeconômicas, culturais e ambientais têm alta potência sobre a vida dos sujeitos e dos coletivos, representando aspecto fundamental a ser considerado no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Este modelo será adotado como explicativo dos determinantes sociais da saúde e, a

partir dele a discussão em torno das características das políticas de saúde (CNDSS, 2008).

Figura 4 :Modelo da determinação social do processo saúde-doença



Fonte: DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health; Stockolm: Institute for Future Studies, 1991

Mudar o foco da atuação dos profissionais da saúde não é algo que se estabeleça ao natural, pois há aqui um capital cultural acumulado e que está posto à prova. As características do profissional da saúde foram construídas historicamente e constituem seu *habitus*, permeado pelo capital cultural e o poder simbólico conquistado, se nos ampararmos nos conceitos de Bourdieu (2009).

Talvez seja possível discutir o papel do profissional (da saúde), enquanto intelectual detentor de um saber específico que lhe distingue socialmente (BOURDIEU, 2008b) engajado ou não às causas sociais. É da escolha do profissional qual o rumo tomar no desenvolvimento da sua carreira e esta decisão é determinada por subjetividades entremeadas pela sua própria trajetória de vida.

De acordo com Chauí (2010) o intelectual deve estar atento às demandas sociais do mundo da vida, reconhecendo, no entanto a dificuldade deste movimento frente à ameaça que a mudança de paradigma representa ao capital social acumulado. A autora analisa ainda que a modernidade dilacera o cotidiano, “partindo da fragmentação da produção, da dispersão espacial e temporal do trabalho, do desemprego estrutural e da destruição dos referenciais que balizaram a identidade de classe e as formas da luta de classes (p. 12)”. Na configuração social atual, a sociedade do consumo individualista, na qual a vida se acelera impacta a subjetividade dos indivíduos e dos coletivos (CHAUÍ, 2010).

Neste contexto, quando nos referimos ao conceito ampliado de saúde, significa reconhecer sua produção social, sua determinação a partir da relação do homem com a natureza, com o entorno social (MARMOT, 2005).

A complexidade de um quadro nosológico, no qual as doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente adquirem crescente importância, justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população, cuja sistematização, do ponto de vista físico e social, permitiria propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximando os da promoção da saúde (IANNI e QUITÉRIO, 2006, p. 171).

Os problemas socioambientais com os quais convivemos são de responsabilidade coletiva. Os profissionais de saúde inseridos têm em suas mãos um conjunto de conhecimentos que podem qualificar as condições de vida da população em geral, reconhecendo que os problemas socioambientais têm interfaces com outras áreas e demandam outras políticas públicas, que não apenas a saúde. De acordo com Marandola Jr. (2006), a realidade da desigualdade social que se reflete na vulnerabilidade de parcelas importantes da população requer uma conjugação de esforços provenientes de outros setores. Neste contexto, é condição o enfrentamento da fome, da falta de educação/formação adequada, da falta de saneamento, enfim, todos os quesitos anteriormente citados e que desqualificam as condições de vida (CNDSS, 2008).

A desigualdade social no Brasil (e do mundo) não será resolvida pelo SUS e os profissionais da saúde. São questões macroestruturais que reproduzem a desigualdade social, tanto quanto os problemas socioambientais e de acesso à saúde. No entanto, no âmbito local, os diferentes setores da sociedade aproximando-se em torno da melhoria das condições de vida da população deveria ser um compromisso de ordem política. A intersetorialidade, mais do que uma proposta vinculada à integralidade da atenção em saúde deveria ser um instrumento efetivo para dar conta dos problemas socioambientais que desqualificam a vida de milhões de cidadãos brasileiros.

De toda forma, o campo da saúde, ao provocar um movimento reflexivo sobre suas práticas dá um passo importante rumo a um protagonismo social crescente e transformador da realidade, considerando todas as dificuldades que tal ato induz. A instituição de um novo paradigma em saúde no texto constitucional (e legislação infraconstitucional) força o debate à academia e à sociedade. Neste sentido, cabe destacar o discurso de David Capistrano Filho, datado de 29/08/1989:

A maior conquista desse quarto de século de lutas para melhorar o sistema de saúde é o texto da nova Constituição. Ele consagra o resgate da saúde da condição de mercadoria, e eleva à dignidade de direito de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 22/23).

3.2 Sobre responsabilidades para a ação nos problemas socioambientais relacionados à saúde

A saúde e o ambiente têm sido percebidos de forma integrada, reconhecendo-se a influência que esta interação tem sobre ambos, o que reveste de importância a análise que esta aproximação propõe (MOTTA, WESTPHAL et al., 1998; MINAYO, 2002; CAPRA, 2005). Neste sentido, a temática Saúde e Ambiente (AUGUSTO, CÂMARA et al, 2003), a estratégia Cidades Saudáveis (OPAS, 1996), ou ainda a

Atenção Primária Ambiental (OPAS, 1999) podem representar uma importante evolução nas políticas de saúde, pois incorporam uma nova perspectiva de atuação do setor saúde e, especificamente, dos trabalhadores de saúde, frente às atuais ações incipientes, corresponsabilizando-os no incremento de políticas efetivas relacionadas à questão.

A relação Saúde e Ambiente é temática que recebeu uma retomada recente no meio acadêmico, na sistematização de conceitos e práticas que podem reverter ou prevenir agravos à saúde humana (MINAYO, 2002). Segundo Augusto et alii (2003) e Minayo (2006), esta relação coloca no centro do debate a revisão da concepção de saúde e de doença e, a partir daí, uma readequação do processo de trabalho dentro da política de saúde, primando então pela ênfase na promoção e prevenção, em uma perspectiva ecossistêmica.

Chadwick, no século XIX, já alertava que medidas no campo do saneamento são fundamentais, higienizando o ambiente, para melhorar a condição de vida, que já naquele século estava depauperada na Inglaterra, terra natal do sanitarista (ROSEN, 1996). Segundo este autor, neste mesmo século XIX surgirá os primeiros estudos que relacionam condições de saúde de trabalhadores com a iniquidade social, demarcando-se assim os primeiros esforços rumo a um trabalho mais sadio.

Hochmann (2012) destaca que no Brasil, nas primeiras três décadas do século XX instituíram-se uma série de medidas de saneamento nos ambientes urbanos das maiores cidades brasileiras, entre as quais se destaca a então capital brasileira, o Rio de Janeiro. O autor ressalta que não foi, contudo, uma evolução de todo pacífica, pois ocorreram movimentos de conflito, como é o caso da revolta da vacina, com ampla resistência popular às iniciativas governamentais em prol da saúde pública. Bertolli Filho (2006) acrescenta que, ao mesmo tempo, no meio rural a condição de saúde da população à mesma época é extremamente precária, com alto índice de doenças infectocontagiosas, o que se reflete com indicadores epidemiológicos ruins, tais como

a alta mortalidade infantil precoce e a expectativa de vida baixa, não superior a 50 anos.

Wislow, na década de 1920, foi um importante autor na área da saúde, destacando a relação do saneamento ambiental com a saúde e o trabalho, propondo ações coletivas em prol da individualidade e da coletividade, a partir do trabalho de diferentes setores sociais, visto que o impacto desta relação se dá sobre toda a sociedade, em alguma medida (ANDRADE, 2006; HOCHMANN, 2012).

Pasteur foi outro cientista da área da saúde de relevância histórica, ao identificar microrganismos até então desconhecidos, o que viria a constituir-se na “revolução bacteriana”, fato que impactou a compreensão do processo de adoecimento e as práticas sanitárias, dentro da concepção positivista hegemônica do final do século XIX (MINAYO, 2002), dando origem à teoria da unicausalidade na área da saúde, que preconiza a relação da doença com um agente etiológico específico, minimizando a ideia do efeito da condição insalubre de vida sobre o homem. Este modelo explicativo do processo saúde-doença predominou no campo da saúde até meados do século XX, o que veio a fortalecer a nascente e pujante indústria farmacêutica.

Verdi e Caponi (2005) destacam que com Leavel e Clark, em 1965, reflete-se uma mudança conceitual em curso, ao descreverem a “história natural da doença”, delimitando o processo evolutivo de uma doença em períodos pré-patogênico e patogênico, havendo a possibilidade de desenvolver medidas preventivas específicas para cada período. No período pré-patogênico a prevenção primária e a promoção da saúde são o foco das práticas sanitárias, com a qualificação da educação, nutrição, moradia, lazer, trabalho, o que está em consonância com o debate em curso à época, de contraposição ao modelo centrado na doença (AROUCA, 2003).

A promoção da saúde, segundo Carvalho (2005), estabeleceu-se enquanto movimento no Canadá, na década de 1970, sendo figura central Mark Lalonde, então ministro da Saúde daquele país, com fulcro no documento *A new perspective on the health of Canadians*, de 1974. A promoção da saúde centra-se na concepção da relação do homem com o ambiente em que vive como determinante das condições de saúde, inclusive no que diz respeito aos modos de vida, o que impõe a responsabilidade com a saúde sobre o próprio indivíduo e na sociedade, na perspectiva de gerar poder na comunidade local (FERREIRA e BUSS, 2002; CARVALHO, 2005).

Neste contexto, Ferreira e Buss (2002) destacam a abertura política ocorrida na China como importante nas concepções da promoção da saúde, pois tal fato permitiu o envio de duas missões de observação de especialistas ocidentais, a partir de iniciativa da OMS, entre 1973/1974, sendo constatado que neste país ocorria um conjunto de atividades, especialmente no meio rural, voltadas à organização comunitária, atenção aos grupos fragilizados, como idosos, por exemplo, focalização das ações na relação saúde e ambiente, visando controlar epidemias neste meio, além do esforço a partir da educação para implementar hábitos culturais e de saúde que incidissem nas condições de vida em geral.

A esta época, de acordo com Cordeiro (2005) o Brasil vive sob os governos militares e seu modelo desenvolvimentista, com investimento em saúde focado na construção de hospitais dirigidos ao setor privado e ao mesmo tempo, certo descuido nas iniciativas voltadas à vigilância epidemiológica. O resultado desse cenário é o desencadeamento de uma série de epidemias, especialmente nas periferias das cidades maiores que neste período crescem rapidamente, em virtude do êxodo rural em curso. A promoção da saúde e a prevenção de agravos são políticas secundárias na estratégia pública, neste momento (AROUCA, 2003).

A década de 1970 transcorreu num contexto de mudança global, no que se insere a Primeira Conferência Mundial sobre o Homem e o Meio Ambiente, realizada

em Estocolmo na Suécia, em 1972, marcando o debate sobre o futuro do planeta a partir da ação da humanidade (LENZI, 2006). A discussão em torno das questões ambientais se torna relevante na sociedade local e global, frente aos desafios que se impõem com as informações que o avanço das ciências revela, tanto quanto aos limites dos recursos naturais da Terra quanto aos danos causados pela intervenção do homem sobre o ambiente (HANNIGAN, 2009).

Capra (2005) destaca a discussão quanto a um novo paradigma da compreensão humana, mais holístico no seu papel, conquanto seja o homem um sujeito coletivo, o que vem ao encontro da proposta de Leff (2005), quando debate o surgimento de um saber ambiental, uma tomada de consciência, com amparo nos desafios propostos pela ciência que reflete acerca do quadro sombrio que surge às portas do fim do século XX.

Neste período dos anos 1970, outro fato marcante foi a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, no atual Cazaquistão, cujos debates renderam ao final a Declaração de Alma-Ata, que destaca a promoção da saúde como a meta a ser alcançada, sob o mote da “saúde para todos no ano 2000”. Trata-se de um marco que influenciará os sistemas de saúde, inclusive o brasileiro, de acordo com Paim e Almeida Filho (1998), na perspectiva de considerar as iniquidades sociais como determinantes das condições de vida e a promoção da saúde voltada às coletividades. O evento desencadeia um novo debate no campo da saúde.

A discussão relativa à abordagem coletiva se impõe a partir desta percepção das desigualdades de acesso e cuidado. O movimento de conferências internacionais sobre a Promoção da Saúde, como mencionamos, se inicia em meados da década de 1970, organizada pela OMS, principalmente, entre outros parceiros. A atuação do campo da saúde é o foco principal do movimento, na medida em que as práticas sanitárias vigentes são consideradas insuficientes dentro das necessidades da

população, no período, que apresenta indicadores epidemiológicos preocupantes (OPAS, 1996). As conferências significaram um espaço novo no cenário internacional, desencadeando um debate profícuo e produtor de documentos de referência que suscitaram no desenvolvimento da promoção da saúde no âmbito dos países participantes (CARVALHO, 2005).

Segundo Akermann (2005), a associação do tema saúde com o desenvolvimento socioeconômico tornou-se corrente no âmbito das conferências e disseminou-se na discussão quanto às políticas públicas de saúde. O autor destaca o debate sobre o desenvolvimento local, ambição do poder político instituído nos territórios, que passou a considerar outras dimensões, tais como os impactos e riscos sobre a saúde e sobre o ambiente, o que significou ampliar as concepções hegemônicas de saúde em voga nas décadas precedentes (até o final dos anos 1970).

Neste contexto, a acima mencionada I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde é referenciada nesta nova trajetória do campo da saúde que implicará em novos modelos tecnoassistenciais (SILVA JUNIOR, 2006). A Declaração de Alma-Ata pode ser considerada documento fundador de uma série de embates teórico-metodológicos quanto à promoção da saúde, o qual inspirou inclusive o movimento da Reforma Sanitária brasileira, especialmente no que diz respeito à associação da saúde como direito fundamental e o enfrentamento da desigualdade social (CARVALHO, 2005; CAMPOS, 2006).

Almeida Filho (2011) destaca que Alma Ata expôs ao mundo a meta ambiciosa de alcançarmos a “Saúde Para Todos no Ano 2000”, sendo que na atualidade (2011) estarmos ainda longe deste objetivo, embora reconheça avanços importantes alcançados pelo SUS. Combater a desigualdade, mediante a implantação de um sistema universal, talvez tenha sido a grande bandeira deste momento histórico, segundo Carvalho (2005). Lançar luzes sobre o investimento público nas ações de promoção e prevenção em saúde e, desta forma avançando no desenvolvimento

social e econômico, também foi resultado importante deste evento global (BRASIL, 2002).

De acordo com Carvalho (2005) Alma-Ata significou o início de um novo ciclo na proposta de políticas públicas de saúde, marcado pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e Cidade do México (2000). Às cinco conferências seguiu-se a de Bangkok (2005), sendo que ocorreram eventos intermediários em Bogotá (1992), Port of Spain, no Caribe (1993), Suíça (1988), São Paulo (2002) e Buenos Aires, em 2007.

Carvalho (2005) destaca a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, como marcante para o movimento nascente, ao materializar o debate em torno da relação da saúde com o desenvolvimento social, especialmente nos países desenvolvidos e destes para o terceiro mundo, com a oferta de ações e serviços de saúde eficientes e resolutivos. A Carta de Ottawa, lançada neste evento, da mesma forma, destacará uma série de elementos necessários para que se alcance uma saúde universal, tais como a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002), temas que estarão contemplados na Constituição Federal promulgada dois anos depois (1988) e, antes disso, estarão em voga na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986 (BRASIL, 2006).

Adelaide (Austrália), em 1988 sediou a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, sob o tema “Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis”, sendo que neste evento aprofundou-se o debate iniciado em Ottawa, dois anos antes (CARVALHO, 2005). Segundo este autor, a III Conferência, realizada em 1991, em Sundsvall, na Suécia, traz o tema “Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde” e, em torno dele, a relação saúde e ambiente entra com mais energia na pauta de debates, destacando-se o questionamento quanto ao grande contingente de pessoas que vivem na pobreza extrema, residente em ambientes de risco, sendo

necessário enfrentar tal situação, a partir de políticas públicas dirigidas aos problemas prevalentes.

Em Jacarta (1997) foi realizada a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a qual deu sequência aos debates anteriormente travados (BRASIL, 2002). A Cidade do México, em 2000, registrou a 5ª Conferência, que focou seus trabalhos no desenvolvimento de políticas de combate às iniquidades em saúde, mediada por redes de atenção que possam se desenvolver de forma equânime (CARVALHO, 2005). Bangkok (2005) foi sede da 6ª Conferência, a qual teve por tema a “Promoção da saúde num mundo globalizado”.

O Brasil acompanhou o debate internacional em torno da promoção da saúde como coparticipe na medida em que no final da década de 1990 inicia a construir um sistema de saúde universal, o SUS. Antes deste ano, no entanto, durante toda a década de 1980 ocorria já o debate em torno de uma nova forma de oferecer serviços de saúde, uma nova saúde pública, uma nova política de saúde, uma nascente saúde coletiva (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998). Estes autores destacam que este debate se conecta com os movimentos internacionais e seu impacto sobre as bases do que virá a ser o SUS no debate que ocorre na constituinte em curso na segunda metade da década de 1980.

Carvalho (1995) destaca que os movimentos de participação popular nas conferências e nos conselhos, aliados aos pleitos em torno de direitos à saúde impactam a busca por políticas de promoção da saúde. Neste contexto, a assistência na saúde pública brasileira tem evoluído neste campo, na medida em que se reconhece a importância dos aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais implicados na vida cotidiana.

Segundo Mendes (1999), pensar a saúde como produzida socialmente, a partir da sua compreensão como campo que articula a biologia humana, os hábitos/modos de vida, o sistema de assistência/serviços de saúde e o ambiente não é novidade.

Segundo este autor, ao menos desde Mark Lalonde, na década de 1970, no Canadá, esta perspectiva vem sendo referenciada como contra-hegemônica, desencadeando-se uma série de embates contra posições conservadoras (arraigadas na tradição da formação profissional em saúde e no modelo gerencial). Com a proposição de outras formas de “fazer saúde”, lançam-se ao centro do debate novos conceitos, tais como a interdisciplinaridade, transversalidade, equidade, integralidade, entre outros, conforme menciona Silva Junior (2006).

Esta abertura à contestação ao modelo vigente descortina possibilidades quanto à formulação das políticas públicas relacionadas à saúde, o que demanda a reivindicação quanto à participação da população. Carvalho (2007) destaca que a partir da análise da realidade regional, pode ser possível ampliar a discussão quanto à efetividade do controle social no SUS, tanto na deliberação sobre políticas públicas, quanto na avaliação da realidade para fins de pensar prioridades a serem destacadas para o futuro.

O Conselho de Saúde, na sua forma de atuação contemporânea, consegue desenvolver seu papel, conforme aspiração do movimento da Reforma Sanitária, precursor da discussão em torno das mudanças no modelo assistencial, na década de 1970? Este conselho ultrapassa as preocupações usuais em torno da garantia de consultas médicas, exames complementares e internações hospitalares, visão focada quase que exclusivamente sobre as doenças que acometem a população? O conselho consegue visualizar uma atuação embasada na melhoria das condições de vida e, frente a isto, focar-se nos problemas socioambientais? Vimos reiterando estas interrogações no presente texto, enquanto determinantes para os propósitos do estudo.

3.3 Saneamento básico e saúde: problemas socioambientais e sua relação com as condições socio sanitárias

A partir das interrogações levantadas até o momento, nos parece fundamental avançarmos sobre as conexões entre “saúde” e “ambiente”. Em princípio são temas que de fato não se aproximam com frequência nas práticas dos trabalhadores em saúde, mais afeitos à clássica assistência aos adoentados (MINAYO, 2002). Esta ênfase, de toda forma, não é algo que se estabelece somente nas últimas décadas, ao contrário, o foco do trabalho em saúde voltado às doenças é construção que data de séculos e está relacionada à crescente produção industrial e a efetiva necessidade de manter os operários aptos ao trabalho nesta indústria (ROSEN, 1996).

3.3.1 Contextualização histórica

Desde a Revolução Industrial do século XIX e o crescimento desordenado das cidades, as condições de vida se degradaram, especialmente entre a classe trabalhadora, que vivia em sua maioria nas periferias das cidades (ROSEN, 1996). Segundo este autor, tais condições de vida significaram indicadores epidemiológicos muito ruins, com alta mortalidade infantil e baixa expectativa de vida, além de índices crescentes de adoecimento e mortes por doenças infectocontagiosas. Wislow, em 1920, propôs políticas de saúde com ênfase na educação sanitária a partir da organização social como meio de garantir melhores condições sócio-sanitárias, já visualizando outras possibilidades de práticas sanitárias como forma de enfrentar o quadro epidemiológico de então (BUSS, 2003). Segundo a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (1996) e Andrade (2006), este cenário foi precursor das políticas públicas saudáveis e do movimento de Cidades Saudáveis, que atinge um conjunto considerável de municípios pelo país.

A revolução bacteriana estabelecida com a descoberta dos microrganismos por Pasteur caracterizou-se pelo impacto que causou no conhecimento em torno das práticas sanitárias e a ênfase, a partir de então, na teoria da unicausalidade, que preconizava que a doença é causada por um agente etiológico específico (ROSEN, 1996; MINAYO, 2002). De acordo com Minayo (2002), contudo, esta teoria significou certo retrocesso nas práticas com enfoque na medicina social, visto que a ênfase foi enfrentar os agentes etiológicos das doenças, perspectiva ancorada no positivismo vigente à época.

De acordo com Carvalho (2005), a corrente da promoção da saúde reafirma-se no Canadá, no início da década de 1970, e ganha destaque em frente à potência de suas práticas nas condições de vida, constituindo-se como estratégica na mediação indivíduo-ambiente e compreendendo a saúde como produção social.

Na já referida I Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada no atual Cazaquistão (1978) fortaleceu-se a ideia da saúde como direito humano fundamental e indicaram-se os cuidados primários de saúde como o caminho essencial para alcançá-lo. Além disso, ganha destaque a participação da comunidade e a cooperação social como elementos para a construção de políticas públicas saudáveis, cujo fundamento conceitual é a promoção da saúde (MARCONDES, 2004; CARVALHO, 2005).

Reafirmando, a partir da conferência de 1978 uma série de outros encontros globais foi realizada, destacando-se o evento de 1986, já referido, em Ottawa, no Canadá, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeado de 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, na qual foi lançada, ao seu final, a Carta de Ottawa. Este documento conceitua a promoção da saúde e destaca como requisitos para a saúde a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (Andrade, 2006). Quanto à promoção da saúde, diz a referida carta que

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde, então, não vem como um objetivo, mas como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como bem estar transcende a ideia de formas de vida sadias, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário. (Carta de Ottawa, 1986, em BRASIL, 2002)

Neste contexto, na promoção da saúde com enfoque na saúde ambiental, compreende-se a relação com a condição de vida humana na perspectiva ecológica (MINAYO, 2006). Trata-se, segundo esta autora, de uma percepção holística da vida, da necessidade de reconhecer o ser humano integrado no meio em que vive. Em 2006 o Brasil lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde, via Portaria GM/MS 687/2006, com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (p. 17).

3.3.2 Da História Ambiental à crise da Modernidade

Se considerarmos a história do planeta Terra, a presença do ser humano constitui uma “pequena frase ao fim de uma nota de rodapé na última página do longo compêndio da vida do planeta” (p. 2), como ressalta Drummond (1991). Este autor destaca que a história humana passa por uma construção cultural antropocêntrica, em que as sociedades humanas se desenvolvem sobre características diversas, de acordo com condições ambientais, sociais e econômicas das regiões que os povos habitam.

A forma do homem se relacionar com o ambiente a certa altura se encarregou da concepção de que a natureza produz meios para a subsistência humana. É,

portanto uma posição de superioridade do homem sobre o ambiente. A presença deste homem superior no planeta, no entanto, ao longo de muitos milênios indica a necessidade de conviver com diferenças ambientais consideráveis, explicando os movimentos migratórios, como se percebe na própria ocupação do continente americano, estimados em 13 mil anos (DRUMMOND, 1991; DIAMOND, 2002).

De acordo com Porto (2012), o homem, na sua organização social diversa, construída historicamente, vem mantendo esta posição externa em relação ao ambiente, que se caracteriza pelo aproveitamento dos recursos naturais de forma indiscriminada. Neste contexto, Drummond (1991) questiona o papel das ciências sociais, pois “ficaram a margem dessas novas dimensões do tempo geológico” (p.3), onde acreditaram que “não precisavam – ou pensavam não precisar – ir além de alguns poucos milênios para interpretar os fatos sociais, ou a ação social, ou o processo histórico” (p.3). As sociedades humanas estavam fora ou acima da história natural, ou do tempo geológico, o que reafirma certa dominação do homem sobre a natureza, como destacamos.

Buscando entender esta posição, o autor resgata W. Catton e R. Dunlap (1980) que discutem o porquê das ciências sociais não estarem presentes no ‘despertar ecológico’ da década de 1970, e que concluem que elas adotaram o “paradigma da imunidade humana” aos fatores da natureza, posição que reforça nosso antropocentrismo, ao se negar a influência dos fatores naturais sobre a cultura, o que se explica na dissociação do ser humano frente à natureza (TAVOLARO, 2008).

Com efeito, a história ambiental trata de adequar o “relógio geológico” com o “relógio social”, ou de colocar a sociedade na natureza, o que implica em reconhecer a influência dos componentes naturais sobre a cultura, ou seja, reconhecer na natureza seu papel de “agente condicionador ou modificador da cultura”. (Drummond, 1991, p.4). A partir deste pressuposto temos os elementos para analisar como a sociedade se apropria da natureza, transformando-a de acordo com

suas necessidades. Todas as sociedades, contextualizadas num determinado território, incidem sobre o ambiente em diferentes estilos de civilização. A natureza deste território é constituída de recursos naturais úteis ou inúteis; Drummond (1991) destaca que um recurso só pode ser considerado se este for culturalmente avaliado e identificado.

Na história, esta forma de se relacionar com a natureza sofre variações, condicionando e sendo condicionada pela própria sociedade que se desenvolve em dado espaço, numa relação dinâmica e complexa (GALVÃO, 2011). A história ambiental é uma prática interdisciplinar ao sintetizar muitas contribuições e buscar a interação ou influência mútua entre sociedade e natureza que, em certo ponto sofreu sua ruptura (TAVOLARO, 2008; HANNIGAN, 2009). Tavolaro (2008) se detém a esta análise e destaca o afastamento que ocorre entre homem-natureza, a partir da contextualização histórica e seu impacto na produção da sociedade.

Não é possível dissociar a história do homem, na sua individualidade ou na sua organização como sociedade, da história ambiental. Nesta perspectiva, conforme destaca Costa Lima (2002), na cultura de consumo que orienta a humanidade, e que se acentua na modernidade, a partir da Revolução Industrial, os recursos naturais são fontes para a produção que alimenta o mercado, o que deriva de nossa organização capitalista.

Assim, o discurso da preservação da natureza por meio de uma consciência ambiental soa frágil. Em um contexto econômico, parece mais uma necessidade de manter um status de produção-consumo. E, sem fontes para produzir, não há o que oferecer ao mercado de consumo constituído (SACHS, 1992). Este autor destaca que com o aumento exponencial da população mundial no último século, que se soma à expansão dos modos de produção, vimos o desdobramento de um processo de crise socioambiental sem precedentes, fato que gera uma série desdobramentos, como nos mostra o documentário *“Uma Verdade Inconveniente”*, de Al Gore (2006).

A história ambiental pode ajudar a entender a evolução dessa sociedade predadora, que inviabiliza a vida no planeta em médio prazo. Drummond (1991) afirma que a “história natural pode dar uma contribuição decisiva para entendermos o nosso passado e o nosso presente de país rico em recursos naturais e assolado por dívidas sociais” (p.18). A cultura antropocêntrica, construída ao longo da história, exclui o homem do ambiente, indicando ao primeiro um papel de dominação sobre o segundo, o que se reflete nos problemas socioambientais da modernidade. Estes problemas vêm preocupando a sociedade, ao ponto de indicar a necessidade de desenvolver-se uma nova relação entre humanidade e ambiente (TAVOLARO, 2008).

Pensar uma relação diferenciada do homem no ambiente, não como sujeito externo, mas como partícipe deste sistema complexo, nos induz necessariamente a considerar outros elementos nesta relação. A conexão entre saúde, ambiente e sustentabilidade representa a aproximação de três campos que vêm, nas últimas décadas, atravessando por mudanças profundas (AUGUTO et alii, 2003; GALVÃO, 2011).

Esta relação entre o homem e o ambiente, que está em transformação, se reflete em indicadores socioambientais condenáveis, demonstrando que o impacto da ação humana tem trazido grandes prejuízos em escala local e global. Esta constatação se cristaliza em 1972, nos debates desencadeados na Conferência Internacional sobre Meio Ambiente, na Suécia. Neste evento, o debate sobre o desenvolvimento da sociedade moderna global ganha o âmbito internacional (SACHS, 2000).

O início desta ação humana sobre o ambiente, em dimensão que caracteriza maior risco, se dá com a revolução industrial. Neste período são introduzidas novas tecnologias e criados novos produtos de consumo para a sociedade, o que exerce forte pressão sobre o meio ambiente, já que é este que fornece a matéria prima para os meios de produção (FREITAS e PORTO, 2006). Segundo estes autores, o uso do

carvão mineral, a derrubada de florestas, o surgimento dos ambientes urbanos modernos, caracterizam as primeiras agressões contemporâneas.

Mas o grande salto na evolução deste novo período histórico se dá no século XX, com a massificação dos usos de combustíveis fósseis, conforme destaca Capra (2005). A consequência direta é o crescimento da indústria, em escala global, em quarenta vezes nesse século, o que representa um grande impacto na economia planetária, embora tenha ocorrido de forma desigual entre diferentes regiões (SACHS, 1992; FREITAS e PORTO, 2006).

Outra mudança é o crescente deslocamento da população para áreas urbanas, saindo do campo para a cidade (OPAS, 1996). O Brasil, de poucas e pequenas cidades no início do século XX, passa a um quadro onde na atualidade mais de 81% das pessoas moram em centros urbanos (IBGE, 2010). Estes centros urbanos, ao receberem novos contingentes de moradores de forma acelerada, não têm condições de se preparar adequadamente, o que permite o aparecimento de periferias com grandes problemas de esgotamento sanitário, acesso à água potável e destino dos resíduos sólidos, como já vimos anteriormente (ADRIANO et al, 2000; FREITAS e PORTO, 2006).

Neste contexto, Freitas e Porto (2006) argumentam que esta situação nos leva a duas consequências que influem na sociedade moderna. A primeira diz respeito à mudança de perfil econômico do interior, onde as propriedades rurais deixam de ser de subsistência para estarem concentradas na mão de grandes proprietários, que produzem em larga escala e usam as novas tecnologias, que precisam de pouca mão de obra. Ao mesmo tempo, como segunda consequência, esta parcela desempregada no campo, se deslocando para os grandes centros, caracteriza-se como de baixa qualificação para a indústria tipicamente urbana, manufatureira, de transformação ou de alta tecnologia (FREITAS e PORTO, 2006) Temos o surgimento de cidades

divididas, desiguais, onde a relação dialética inclusão/exclusão é motivo de tensões sociais permanentes, conforme destaca Demo (2002).

Essa massa de novos moradores urbanos caracteriza um contingente de pessoas sem inserção neste novo meio, sem condições apropriadas de moradia, dando origem a favelas localizadas em áreas ambientalmente inadequadas, o que Freitas e Porto (2006) denominam de *zonas de sacrificio*, dadas as dificuldades nas condições de vida local. Desta concentração de grandes populações em espaços restritos advêm outros problemas, relacionados às dificuldades de acesso a serviços públicos, como saúde e educação, e o aumento do índice violência (DEMO, 2002).

O resultado desta transição demográfica são condições de vida piores, tanto no campo quanto na cidade, pois o ambiente natural é transformado em ambos os espaços. A paisagem do interior é transfigurada, a partir da busca de melhores resultados econômicos, através do aumento da produção agropecuária. Na cidade, convivendo em espaços exíguos, grandes populações estão em disputa por acesso aos bens de consumo, entendidos aqui como a própria saúde, a educação, o lazer, o transporte, além dos produtos desta indústria moderna. (AUGUSTO, et alii, 2003)

Vivemos uma crise civilizatória, decorrente deste rápido desenvolvimento econômico, não acompanhado por um desenvolvimento social, cultural, político e ambiental (SACHS, 2000; COSTA LIMA, 2002). O padrão de produção e consumo da sociedade moderna pressiona sujeitos e coletividades à necessidade de ter acesso a estes produtos, gerando uma sensação permanente de insatisfação. (PORTILLO, 2005; BAUMANN, 2008).

Sachs (2000) aborda este modelo de desenvolvimento de cunho econômico, identificando a necessidade de redefinirmos o termo, destacando que é incorreto afirmar-se a opção entre desenvolvimento e meio ambiente. “A verdadeira opção não

é entre desenvolvimento e meio ambiente, mas entre formas de desenvolvimento sensíveis e insensíveis ao meio ambiente” (SACHS, 2000, p. 176).

A crise socioambiental, neste contexto, se reflete no rápido crescimento econômico que vivemos nos últimos séculos, a partir da evolução das indústrias, da mudança do perfil de produção agrícola e nos movimentos de urbanização da população, que se concentra em grandes centros. Neste tripé temos o retrato de uma mudança concreta na sociedade, nos meios de produção e no impacto sobre o ambiente. Esta mudança historicamente constituída, pela complexidade que representa, terá repercussões sérias sobre o planeta (OMS, 1998).

O desenvolvimento apresenta uma série de adjetivações, ao ponto de hoje falar-se em desenvolvimento econômico-social-político-cultural-sustentável e humano, segundo Sachs (2000). Este autor destaca que esta concepção de desenvolvimento é inviável, propondo que esqueçamos os adjetivos e que se redefina qual desenvolvimento se quer, afirmando que o desenvolvimento tem uma conotação pluridimensional onde devem ser visualizados três critérios essenciais, quais são: o social, o ecológico e o econômico. Ressalta, porém, que o grande desafio é conjugar estes três critérios com equilíbrio, tendo em vista a tendência histórica de predomínio do aspecto econômico.

Sachs (2000) valoriza ainda o aspecto da cultura neste debate da relação da sociedade com o meio ambiente, indicando-a como mediadora desta relação. Destaca que a própria definição de “recurso natural” depende da cultura, pois algo pode ter “utilidade” hoje e amanhã não. Neste sentido, para começar a mudar as formas da população se relacionar com o meio é fundamental saber o que esta sabe sobre seu meio para, a partir deste conhecimento, “usá-los como pontos de partida para soluções que devem ao mesmo tempo incorporar todo o conhecimento científico moderno” (Sachs, 2000, p.9). Alia-se assim o saber prático com o conhecimento.

Segundo Leff (2005), os avanços tecnológicos têm permitido progredir também no conhecimento ecológico. A tecnologia é outra variável fundamental para a harmonização dos objetivos econômicos, sociais e ecológicos. Esta tecnologia tem incidido diretamente nos meios de produção econômica, levando a uma “visão diferente de industrialização” (SACHS, 2000, p.11). De qualquer forma, este autor destaca que a conjugação destes três objetivos, com harmonia, pode levar a um capitalismo mais coerente, sem a pressão ambiental atual. Afirma, porém que a tecnologia sozinha não resolve, sendo necessário definir que tipo de desenvolvimento se quer para identificar o caminho a seguir. Em outras palavras, um projeto nacional ou global (SACHS, 2000; FREITAS e PORTO, 2006).

Os diversos desafios estão postos. Mas,

“tais desafios não poderão ser enfrentados se cada um de nós, cientistas sociais, cientistas naturais, arquitetos, médicos, etc.,... trabalharmos separados com uma visão setorial” (SACHS, 2000, p.13).

O autor trás à cena a necessidade da intersetorialidade, qualificada a partir da interdisciplinaridade, com o desenvolvimento da capacidade de diálogo é uma necessidade para afrontar o problema. Andrade (2006) acrescentará o tema da intersetorialidade como fundamental na formação de políticas públicas. Vimos, portanto, que a associação pura e simples de desenvolvimento e crescimento econômico tem sido refutada, dada sua visão reducionista. Uma nova concepção de desenvolvimento, que implica em reconhecer as variáveis culturais, ambientais, sociais e políticas é fundamental para que possamos aproximar o ser humano do ambiente, sob pena de não brearmos o avanço dos problemas socioambientais (AKERMANN, 2005; HANNIGAN, 2009)

Ao longo deste trabalho vimos nos reportando aos problemas socioambientais, destacando o papel central que representam na sociedade moderna global e em especial nos nossos pequenos municípios, mesmo que passem despercebidos na maioria das vezes. O aquecimento global, o buraco na camada de ozônio, o

derretimento das calotas polares, as variações climáticas cada vez mais frequentes tem representado um risco à sobrevivência no planeta (GORE, 2006).

Neste contexto, no Brasil, o SUS busca instituir uma nova forma de fazer saúde, que considere aspectos multidimensionais tais como os sociais, culturais, econômicos, ambientais que movem a sociedade, usuária dos serviços públicos de saúde. (BARTOLOMEI, CARVALHO et al., 2003). Temos uma série de problemas socioambientais que incidem sobre a qualidade/condições de vida desta sociedade. Augusto et alii (2003), destacam a importância da atribuição do SUS em programar políticas públicas que qualifiquem a atenção à saúde, não apenas na assistência ao doente, mas promovendo, prevenindo, educando, vigiando as condições sócio-sanitárias da população.

Com efeito, na busca de melhores indicadores epidemiológicos, a Atenção Primária em Saúde (APS) é assim conceituada, de acordo com o descrito na Declaração de Alma-Ata (em seu capítulo VI), lançada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978:

“A atenção primária da saúde é a assistência sanitária essencial. Baseia-se em métodos práticos e na tecnologia, tem fundamentos científicos e sociais, é acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade e tem sua participação completa. A comunidade e o país podem pagar seu custo em todas e em cada uma das fases do desenvolvimento com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante do sistema de saúde nacional, do qual é a função central e principal núcleo, assim como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo”. (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1)

Já no que diz respeito à abordagem ambiental, vem sendo proposta pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS, a Atenção Primária Ambiental (APA), que tem por objetivo a qualidade do ambiente de vida das populações para trazer melhores condições de saúde (OPAS, 1999).

A Atenção Primária Ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define as responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (OPAS, 1999, p. 28).

A OMS (1993) destaca que a alta tecnologia médica não compensa a deterioração ambiental, corroborando o debate acerca de iniciativas para que os milhões de humanos sem acesso às necessidades básicas sejam protagonistas de medidas de resgate das condições de vida essencial. Esta discussão está em sintonia com as mudanças de paradigma que vêm acompanhando a própria implantação do SUS no Brasil e a proposta do Programa (estratégia) de Saúde da Família, voltada à integralidade da atenção à saúde da população.

Percebe-se que na esfera política há a articulação de estratégias voltadas tanto à relação entre saúde e ambiente quanto à preocupação de buscar novos caminhos rumo a um desenvolvimento mais equitativo. No processo de fortalecimento do SUS, via participação das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municípios), entre as diversas políticas públicas, tem merecido destaque a implantação da política de Vigilância em Saúde, que se desdobra em quatro ações: a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância ambiental. Este conjunto de ações tem interface social muito presente, pois implicam em acompanhar as condições de saúde/doença na sociedade, além de desenvolver políticas de promoção e prevenção (BRASIL, 2007).

A aproximação entre problemas socioambientais e o campo da saúde tem permitido ampliar o conjunto de políticas públicas voltadas a esta relação. O reconhecimento dos determinantes sociais das condições de saúde e doença da população tem levado à mudança de paradigma na saúde, desde a década de 1970 (MINAYO, 2002). A Saúde brasileira, historicamente, foi marcada por certa ausência do poder público, o que começa a mudar a partir do ressurgimento dos movimentos

sociais, que se organizam e influenciam na elaboração da Constituição Federal de 1988. (COHN, 1989; PAIM, 1999; FREITAS e PORTO, 2006).

O fato é que, enquanto sociedade moderna contemporânea, precisamos discutir o modelo de desenvolvimento viável à manutenção da vida com qualidade, em termos locais e globais. A concepção de desenvolvimento relacionado somente à economia, de “fazer crescer o bolo para então distribuí-lo”, mostrou-se insuficiente, pois gera mais desigualdades individuais e coletivas. Trata-se de discutir o modelo de Estado, conforme propõe Campos (2006) e Avritzer (2009).

Além disso, o desenvolvimento histórico de nosso uso dos recursos naturais, como florestas e combustíveis fósseis, por exemplo, também indicam que não estamos no rumo certo, pois as condições climáticas e suas repercussões ambientais têm traduzido grandes problemas à população, por toda parte (GORE, 2006; AYRES et al, 2007). Este novo conceito de desenvolvimento, conforme proposto por Sachs (1992; 2000), deve levar em conta a cultura, o ambiente, a política, a sustentabilidade do modelo. A crise socioambiental contemporânea, aliada a própria crise civilizatória (DRUMMOND, 1991), pressiona a sociedade moderna à quebra de paradigmas. O incremento da consciência ambiental e a reforma do campo da saúde são exemplos desta quebra de paradigmas.

A partir destas novas concepções paradigmáticas, talvez menos antropocêntricas, podemos pensar uma nova sociedade, mais holística, que reconheça a conexão de todos os elementos constituintes do mundo em que vivemos (CAPRA, 2002). O campo da saúde, neste contexto, é relevante à medida que o processo saúde/doença tem uma centralidade na preocupação da humanidade, o que é um avanço, se comparado com outros campos de políticas públicas.

Na sociedade capitalista moderna, baseada na diferença de classes, ter ou não saúde implica em participar ou não do mercado de trabalho (MINAYO, 2004). Esta

discussão relaciona o tema saúde à conotação econômica da organização social e, mais além, ao próprio conceito de desenvolvimento, enquanto garantia ou não de inclusão das necessidades dos sujeitos nas políticas públicas, numa perspectiva classificatória dos indivíduos, entre aqueles “mais úteis” que os outros.

No Brasil, a organização do SUS se ampara neste novo paradigma. A Saúde vem sendo discutida a partir da compreensão de sua complexidade diretamente relacionada aos determinantes sociais do processo saúde-doença (CNDSS, 2013).

Tratando-se, no entanto, de novas formas de organização social, com outros modelos, implica em desafiar os modelos vigentes e, por consequência, as resistências dos atores sociais que se movem nesta sociedade complexa, conservadora, capitalista, historicamente construída sobre o manto da diferença de classe, do desnível do poder e o do acesso aos bens de consumo.

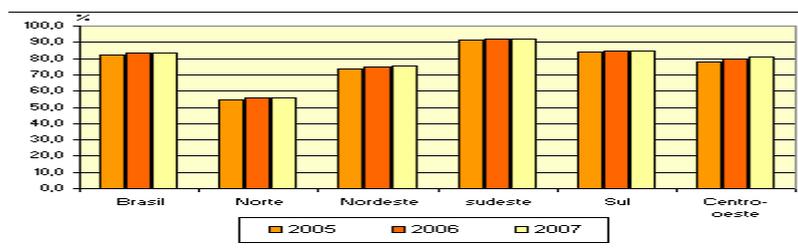
3.3.3. Do direito ao saneamento básico

O contexto de desigualdade social pode ser avaliado em nível nacional, comparando-se as diferentes regiões entre si. Se este for o critério, regiões como o norte e nordeste do país são muito menos desenvolvidas que as regiões sul e sudeste, por exemplo. No gráfico 1, à título de exemplo, temos representada a diferença entre as regiões brasileiras quanto ao acesso à água potável a partir de redes de abastecimento e é notável que as regiões mais meridionais se destacam em relação às setentrionais.

Obviamente que este indicador não é determinante para concluir-se quanto às desigualdades sociais, mas permite conjecturar quanto às diferenças regionais, ao menos, no acesso a serviços básicos que qualificam as condições de vida e saúde dos

coletivos humanos. Porém, está igualmente relacionada no que diz respeito ao acesso à água potável¹⁹.

Gráfico 1: Percentual de Domicílios Atendidos por Rede de Abast. de Água - 2005-2007



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007.

Com efeito, a desigualdade social pode ser avaliada dentro dos estados federativos e mesmo no âmbito dos municípios, nas cidades, no bairro, enfim, ela está incrustada na sociedade, integrada ao cotidiano, segundo Paugam (1999). A questão se traduz então ao maior ou menor acesso dos indivíduos aos direitos sociais inscritos na Constituição Federal brasileira em vigor, datada de 1988.

No Brasil, o uso da água é regulado pela Lei Federal 9.433, de 08 de janeiro de 1997, a qual instituiu a Política Nacional de Recursos Hídricos e criou o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos. A referida norma é conhecida como a “Lei das Águas” e, segundo registra a Agência Nacional das Águas (ANA)²⁰, é ela que define em seu artigo 1º que:

- a) A “água é um bem de domínio público e um recurso limitado, dotado de valor econômico” (incisos I e II);

¹⁹ O SNIS (Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento) do Ministério das Cidades também fornece dados anuais de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, perdas de água, investimentos e outros. Dados providos das próprias empresas ou municípios operantes.

²⁰ <http://www2.ana.gov.br/Paginas/institucional/SobreaAna/legislacao.aspx>

- b) Que a gestão dos recursos hídricos deve proporcionar os usos múltiplos das águas, de forma descentralizada e participativa, contando com a participação do Poder Público, dos usuários e das comunidades (incisos IV e VI);
- c) Que em situações de escassez o uso prioritário da água é para o consumo humano e para a dessedentação de animais (inciso III); e
- d) Que “a bacia hidrográfica é a unidade territorial para implementação da Política Nacional de Recursos Hídricos e atuação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos” (inciso V).

De antemão, neste texto legal percebe-se a reconhecida importância da água para a manutenção da vida, ao estabelecer-se sua prioridade no consumo humano e de animais, quando escassa. No que diz respeito à água, ela é considerada direito humano universal, na medida em que é bem de sobrevivência e fundamental à vida. Em vista disso, tem sido foco de debate a partir de diferentes atores sociais quanto ao acesso, pois a desigualdade social também aqui se manifesta quanto ao uso da água (RUSCHEINSKY, 2009). Seu uso inadequado implica em escassez, poluição e consequente risco à saúde da população (BRASIL, 1997; MOTA, 1999). Parcela importante da humanidade sofre com a falta de acesso aos recursos hídricos, em todo mundo, inclusive no Brasil.

A referida lei prevê, em seu artigo 5º, instrumentos para a implantação do Plano Nacional de Recursos Hídricos, impulsionando a necessidade da elaboração de Planos de Recursos Hídricos, a classificação dos “corpos de água em classes”, conforme o uso preponderante da água, além da expedição de outorgas com a devida cobrança para o uso da água, a compensação a municípios e a criação do Sistema de Informações sobre Recursos Hídricos (incisos I a V). Estes instrumentos, a priori, permitirão racionalizar o consumo da água, mantendo sua qualidade.

A Agência Nacional das Águas foi criada por meio da Lei nº 9.984, de 17/07/2000, com a incumbência de implantar a Política Nacional de Recursos Hídricos e de coordenar o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos. A lei define sua estrutura e os caminhos para a ação e implantação da política. No Rio Grande do Sul, especificamente na região do rio das Antas e do rio Taquari, em decorrência da legislação, já em junho de 1998 surgiu o Comitê de Gerenciamento da Bacia Hidrográfica Taquari-Antas²¹, por meio do Decreto Estadual nº 38.558, de 08/06/1998, que se dedica às questões atinentes ao Rio das Antas, Rio Taquari e seus afluentes.

Nos municípios do Vale do Taquari, no entanto, em sua maioria consome-se água proveniente de poços artesianos, também passíveis da fiscalização e outorga a partir da Lei 9.433/97 (UNIVATES, 2010). Já Lajeado, a maior parte da sua população é abastecida a partir de água captada do rio Taquari, via CORSAN (Companhia Riograndense de Saneamento), havendo bairros em que isto ocorre a partir de serviço mantido pela Prefeitura Municipal (Conventos, Igrejinha, Alto Conventos, Centenário, Imigrante, Distrito Industrial e Barra da Forquetinha)²². Toda a água de consumo humano deve, obrigatoriamente, estar sujeita a controle de qualidade, a partir de definição do Ministério da Saúde que, por meio de sua Secretaria de Vigilância em Saúde / Coordenação Geral da Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM, a partir de 1999 instituiu o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano, o VIGIÁGUA.

Em 25/03/2004 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 518/2004, qual estabelece responsabilidade ao fornecedor de água para consumo de uso coletivo sobre sua qualidade e às autoridades sanitárias, no caso os gestores da saúde, de fiscalizar se a mesma é potável ou não, sendo definida como potável a água

²¹ <http://www.taquariantas.com.br/site/home>

²² Conforme informação que consta no site da Prefeitura Municipal, <http://www.lajeado.rs.gov.br>.

na qual as impurezas estão abaixo dos valores máximos permitidos e, por consequência, sem riscos à saúde humana (MOTA, 1999; OLIVEIRA e CARVALHO, 2007). Destaca o texto da referida Portaria que o uso adequado da água potável diminui a incidência de doenças evitáveis, objetivo maior da vigilância instituída.

Heller (1997) destaca o impacto de medidas de saneamento básico (qualidade da água, esgotamento sanitário, destino adequado de resíduos, controle de vetores) sobre a saúde humana, a partir de pesquisas realizadas em países desenvolvidos. O tema “saneamento básico” está em voga no Brasil. Pela Lei Federal nº 11.445, de 2007, todos os municípios devem elaborar seus Planos Municipais de Saneamento Básico e promover a Regulação dos Serviços de Saneamento. Este ordenamento consolida instrumentos de planejamento fundamentais para que a gestão municipal se organize no campo sanitário. O artigo 3º, que conceitua e apresenta os componentes compreendidos pelo termo ‘saneamento básico’ como [...]:

I – (o) conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de:

- a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;
- b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;
- c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;
- d) drenagem e manejo das águas pluviais urbanas: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas.

Percebe-se neste conceito que o investimento no saneamento básico impactará tanto na qualidade da água quanto na gestão dos resíduos sólidos e esgotamento sanitário e, segundo MOTA (1999), “os problemas ambientais, decorrentes do crescimento populacional e do desenvolvimento industrial, exigem soluções técnicas de saneamento cada vez mais aperfeiçoadas e eficazes” (p. 405). É atribuição pública

a condução da política de saneamento. Leoneti et alii (2011, 338) asseveram a complexidade e as lacunas.

“Pelo impacto na qualidade de vida, na saúde, na educação, no trabalho e no ambiente, o saneamento básico envolve a atuação de múltiplos agentes em uma ampla rede institucional. No Brasil, está marcado por uma grande desigualdade e por um grande déficit ao acesso, principalmente em relação à coleta e tratamento de esgoto.”

Segundo o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), na atualidade a água potável atinge 82,4% da população brasileira, considerando áreas rurais e urbanas; já quanto à coleta de esgotos, o percentual não ultrapassa os 48,1%, sendo que 37,5% recebem algum tipo de tratamento. De toda forma, o diagnóstico recente quanto às questões água e esgoto aponta acréscimo de pontos de acesso à água potável (1,4 milhões de pontos, entre 2010 e 2011) e 1,3 milhões de pontos, no caso do esgoto, no mesmo período.

A questão da água é de alta relevância social, pois conforme consta no SNIS (BRASIL, 2013b), o consumo per capita atual em 2011 foi em média 162,6 litros diários, variando de 120,6 litros no nordeste e 189,7 litros na região sudeste.

Entre os problemas relacionados ao saneamento, o esgotamento sanitário talvez represente o maior desafio, pois requer um alto investimento econômico, na medida em que, historicamente, o tema foi negligenciado na organização urbana, sendo que na atualidade (agosto de 2013) cerca de 37,9% da população brasileira tem o seu esgoto tratado, o que significa avanço modesto em relação as últimas décadas (BRASIL, 2013b²³).

Da mesma forma, segundo dados do censo do IBGE, de 2000, à época 12,5% dos resíduos sólidos produzidos em propriedades rurais eram queimados, 1,2%

²³. Cerca de 44,5% da população brasileira está conectada a uma rede de esgotos. Do esgoto coletado, somente cerca de 37,9% é tratado.

http://www.cidades.gov.br/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=6&Itemid=110

enterravam na propriedade, 7,9% jogavam em terreno baldio ou logradouro, havendo ainda outros 2% que informaram outros destinos (DATASUS, 2013). Os números informam que aproximadamente um quarto da população brasileira tem o destino dos seus resíduos sólidos inadequados, o que por si só é um dado preocupante e que requer atenção.

O INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA publicou, em 2012, o documento “Diagnóstico dos Resíduos Sólidos Urbanos – relatório de pesquisa”, o qual descreve as contingências atuais no Brasil e as informações de acordo com as regiões brasileiras, tipo de resíduo, destinação, entre outras variáveis. Em considerando que não é o objetivo deste trabalho esmiuçar o quadro atual do saneamento básico, mas sim averiguar como o tema é abordado nas políticas públicas, a partir da ótica do ator social participante do controle social no SUS, não aprofundamos os dados a exaustão, em que pese ser observável que o índice de problemas na relação saúde e ambiente via saneamento básico é alto e, portanto, passível de uma análise regional.

3.4 As conexões no contexto: saúde, sociedade e mercado

Na discussão em tela, nos parece claro que está em curso o embate de duas políticas substancialmente antagônicas ou que apresentam conflitos quanto aos objetivos na política pública: de um lado a afirmação dos compromissos originados na Constituição Federal de 1988, forjando o acesso universal e gratuito à saúde; de outro, os reiterados obstáculos para manter, ou melhor, para alargar os financiamentos da saúde pública, agregados ou articulados com a expansão de planos de saúde, com fins privatistas.

Sob este aspecto o sistema de saúde brasileiro tornou-se iníquo e regressivo sob o ponto de vista das tensões inevitáveis entre expansão das demandas e a

contenção do financiamento, o que torna sua trajetória espinhosa e retarda sua implantação efetiva. Neste sentido, adiante avançamos a reflexão sob este ótica.

3.4.1 A Saúde como um tema do sistema público e a operação do Mercado

No período anterior ao surgimento legal do Sistema Único de Saúde (SUS), desde meados do século XX até 1988, a assistência pública à saúde do brasileiro estava vinculada ao setor previdenciário, o que em suma quer dizer que havia algum amparo àqueles que contribuía. Cordeiro (2005) destaca que na prática, o fato gera uma efetiva divisão da população em previdenciários e não previdenciários. Partindo deste pressuposto, se aceita haver cidadãos de “primeira classe”, que são os contribuintes da previdência, com acesso à assistência e dispendo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, mesmo que este acesso seja questionável, do ponto de vista da qualidade, como assevera Cordeiro (2005). Já os que não são contribuintes, de alguma forma caracterizam-se como cidadãos de “segunda classe”, os quais tinham um acesso limitado à rede de saúde, restrita que era aos hospitais públicos e entidades filantrópicas, em número insuficiente para a demanda (BRASIL, 2003c; CORDEIRO, 2005).

Levando-se em conta este cenário, é compreensível que a CF de 1988 representasse a esperança real de que a condição da assistência à saúde da população evoluísse substancialmente (MENDES, 2001; BRASIL, 2003c). Nestes termos, o artigo 196 explicita uma guinada social fundamental ao reconhecer o necessário protagonismo do Estado na condução da política de saúde, ao determinar que a

“saúde é 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” (Constituição Federal de 1988, artigo 196).

Reafirma-se que a CF significou uma mudança substancial nas concepções do direito social de acesso da população às políticas públicas e, em específico, à saúde. De acordo com Bartolomei et al. (2003) esta concepção transfere a saúde da categoria de produto comercial, ou seja, ela é universal, para todos, 'gratuita' no ato da assistência, e que deve buscar permanentemente diminuir iniquidades presentes no contexto social brasileiro.

Percebe-se aqui, mais uma vez, a dimensão do compromisso do Estado, na medida em que se propõe uma concepção ampliada de saúde, que ultrapassa o binômio de que 'saúde é a ausência de doença', conforme refletido no texto da Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990:

“Artigo 2º: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e

“Artigo 3º: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 2006, p. 10).

Na exposição da lista de requisitos para a garantia de 'saúde', no artigo 3º da lei federal 8080/90, percebe-se a similaridade desta com o próprio texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos (artigo XXV). Além disto, ganha clareza a dimensão da desigualdade social no Brasil a partir da perspectiva do campo da saúde. É fato que estes requisitos não são acessados por parcela considerável da população, situados na larga base da pirâmide econômica e social que reflete a distribuição da renda no país, embora todos os brasileiros estejam sob a proteção do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Diz Benevides (2001) que a Constituição de 1988 reflete

“uma feliz combinação de direitos humanos e de direitos do cidadão [...] ambos entendidos como resultado de uma longa história de lutas sociais e de

reconhecimento, ético e político, da dignidade intrínseca de todo ser humano, independentemente de quaisquer distinções” (p. 7).

A reflexão expressada pela autora reflete-se na construção histórica de uma política universal de atenção à saúde, ao longo de décadas de reivindicações plurais de setores representativos dos movimentos sociais, dos trabalhadores em saúde, alas progressistas das igrejas; movimento que será reconhecido por “reforma sanitária” e que culminou na mobilização que deu concretude a um sistema universal de saúde (SILVA JUNIOR, 2006). Segundo Pires e Keil (2000), a concentração de poder nas elites econômicas é característica da contemporaneidade e neste contexto determinam um cenário de exclusão social a ser superado pela via democrática participativa.

O texto constitucional institui que preservar a saúde não é de responsabilidade apenas do Estado, mas é compartilhada, individual e coletivamente, e cabe ao governo (nas esferas Federal, Estadual/Distrito Federal e Municipal) organizar o Sistema Único de Saúde, com base nos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade e nas diretrizes organizativas da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, articulando políticas públicas efetivas capazes de alcançar as necessidades de saúde, compreendendo esta como determinada e condicionada socialmente (BRASIL, 2006; CNDSS, 2013).

A política de saúde brasileira, até então, sempre se caracterizou por certa ausência do Estado, estando a cargo do mercado regular o campo, sendo papel dos hospitais de caridade atender aos mais pobres, também chamados indigentes, especialmente por meio das “santas casas”, os quais tinham em sua estrutura enfermarias específicas para esta população (CORDEIRO, 2005; CAMPOS, 2006; BRASIL, 2006). Ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais de saúde cabia organizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma precária, com ênfase para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Quanto ao papel dos municípios, o trabalho era ainda mais restrito, sendo que na maioria

sequer existiam estruturas próprias organizadas, na forma de secretarias, departamentos ou afins (BRASIL, 2003c).

Segundo Cordeiro (2005), nas décadas de 1960/1970/1980 estimulou-se o desenvolvimento da iniciativa privada na assistência a saúde. O governo financiou, inclusive, a construção de hospitais privados para, mais tarde, comprar o atendimento médico-hospitalar dentro destes mesmos hospitais, medida que inflou o sistema hospitalar (BRASIL, 2006). Cordeiro (2005) e Akermann (2005) destacam que, ao mesmo tempo em que o governo negligenciou as ações de promoção (melhoria das condições de vida, via moradia adequada, por exemplo) e prevenção em saúde, estabelecendo-se um ambiente propício para a ocorrência de epidemias, especialmente nas áreas rurais e nas periferias das grandes cidades.

“A saúde pública viu-se obrigada a renunciar as suas pretensões de regular o ambiente urbano, de planejar a organização das cidades segundo os preceitos de higiene ambiental [...] inviabilizando a preservação das condições sanitárias adequadas. As políticas de saneamento obedeciam mais aos ditames do mercado financeiro do que aos riscos e danos à saúde, oriundos da ausência das condições básicas de saneamento” (CAMPOS, 2006b, p. 42).

Este panorama começa a ser questionado e revertido com a reorganização dos movimentos sociais em pleno regime militar, na década de 1970, no qual a temática da saúde entrou na pauta de reivindicações (PAIM, 1999; CAMPOS, 2006; MENICUCCI, 2007). A grave crise da previdência social do período, a qual ao cortar benefícios também gerou reações, culminou no surgimento do movimento da Reforma Sanitária, composto essencialmente por profissionais de saúde, descontentes com os rumos da saúde pública, e estes movimentos sociais emergentes (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2006; MENICUCCI, 2007).

Neste contexto, nascerá o que virá a ser o controle social das políticas de saúde. Sob a alcunha de “Movimento da Reforma Sanitária”, uma forte ação na proposição de um novo sistema de saúde toma conta dos anos 1980 (MINECUCCI, 2007). Porém, com efeito, o próprio Sistema Único de Saúde é de certa forma, uma

contradição na sociedade liberal caracterizada pelo mercado forte que firma o regramento das relações sociais (CAMPOS, 2006b).

O SUS visa o acesso universal à saúde, reconhecendo o direito social de cada cidadão, independente das diferenças de qualquer ordem, o que vai ao encontro do que Santos (2001) apregoa, ao afirmar que vivemos um período em que a subjetividade se sobrepõe à cidadania e neste contexto o sujeito, a individualidade é a marca do século XXI, em contraposição às políticas públicas universais. Campos (2006) acrescenta que a sociedade liberal sobrepõe a individualidade às concepções coletivas e, na perspectiva do mercado, que regula o campo social, ao contrário do que se propõe, a certa medida, na política de saúde do país.

O Estado vem perdendo, ao longo do tempo, o seu papel regulador, que passa à mão do mercado, síntese da teoria liberal de organização social, que vivemos na prática (SANTOS, 2001; CAMPOS, 2006). Santos (2001) propõe que ao universalizar o direito ao voto, estabelece-se a falsa ideia de que está garantida a cidadania e, no entanto, firma-se a marginalização do princípio de solidariedade e cooperação mútua.

Nesta medida, a sociedade civil é concebida de forma monolítica, sem especificidades, na qual a mesma regulação é possível (SANTOS, 2001). O modelo de sociedade prima pela defesa da individualidade dos sujeitos e não estimula a coletividade, o que é uma forma dissimulada de escamotear a cidadania, pois esta é entendida como contemplada, via o direito ao voto.

Em uma sociedade em que a maioria dos sujeitos não consegue exercer a cidadania ativa, participando efetivamente da política, é difícil almejar a emancipação dos sujeitos, na garantia de seus direitos e, por consequência, sua liberdade. Santos (2001) reflete quanto às grandes contradições entre a regulação e a emancipação social, visto que em uma sociedade na qual se privilegia a subjetividade

se está mais propício à regulação, o que é, em última instância, o objetivo maior do mercado, na medida em que cerceia liberdades, colocando os sujeitos sob o jugo do Estado.

No campo da saúde ocorre a constante interação entre os atores que fazem o cotidiano. Na relação dos profissionais de saúde com o cuidado dispensado ao “doente”, a cultura instituiu o termo “paciente”, amplamente aceito, mas que induz a uma subordinação do sujeito ao profissional, uma hierarquização nos papéis, delineando um afastamento concreto entre aqueles que 'têm conhecimento' dos 'sem conhecimento' (VASCONCELOS, 1997; CAMPOS, 2006b). Em consulta ao léxico de BUENO (1996) o termo **paciente** é definido como “*resignado, sofredor, manso, o que recebe a ação de um agente*” e, a partir disto talvez seja mais fácil compreender a dificuldade em qualificar a participação destes que sempre foram *receptores da ação de um agente* na definição das políticas públicas de saúde, vista a passividade que o termo paciente sugere.

No SUS comumente adota-se a palavra 'usuário' ao invés de 'paciente' e, segundo o mesmo léxico, a mesma é definida como “*o que possui ou frui alguma coisa por direito proveniente de uso; que utiliza algum serviço ou equipamento de uso coletivo*” (BUENO, 1996), o que nos instiga a acreditar que se trata de terminologia mais adequada em se tratando de um sistema público com as características do SUS.

Percebe-se aqui que não é um jogo de palavras apenas, mas pelo contrário, o uso da expressão “usuário” representa uma mudança de concepção acerca da abordagem do profissional com o sujeito e do reconhecimento deste como protagonista, a partir das necessidades que demanda aos serviços públicos de saúde. Se fizer parte de um coletivo que usa serviços públicos, então é cidadão participante desta coletividade, é um usuário da política de saúde, o que se constitui em conquista importante, no caminho de uma cidadania efetiva (VASCONCELOS, 1997; CNS, 2010).

Cortes (2009), todavia, alerta que a terminologia usuário “não é instrumento analítico adequado para a compreensão de processos políticos que envolvem atores coletivos [sendo que a noção de usuário] é derivada do campo da economia e se refere a indivíduos que usam bens ou serviços que são oferecidos por diferentes vendedores e prestadores” (p. 23). Frente a esta crítica, a autora propõe por terminologia os conceitos de atores estatais e societais “ao se fazer referência àqueles que agem, em geral, representando interesses de órgãos públicos ou de governo no caso dos primeiros; ou representando interesses de coletividades ou particulares no caso dos segundos” (p.23).

Reconhecer o usuário como sujeito independente, “emancipado”, na definição de Santos (2001), não é um processo simplificado para o profissional de saúde formado na concepção da saúde médica-centrada, na qual se superestima a especialização, e em que se constitui uma relação de poder desequilibrada, a despeito da individualidade do “paciente”. Dar-se ao paciente, um leigo no assunto, especialmente em alguns quesitos científicos, o direito de questionar condutas, exigir informações precisas é, no imaginário do profissional, uma violação ou, em outras palavras, seu poder regulador está em xeque pela emancipação do sujeito, o paciente/usuário, conforme Vasconcelos, (1997; 2006).

Vasconcelos (1997) discute os processos de formação em saúde com foco na relação humana instituída e alerta para a força do mercado sobre este processo, o qual produz reconhecimento social ao perito/especialista, como imprescindível no processo assistencial, replicando nos profissionais da saúde esta distinção entre especialidades. Barbosa et alii (2004) afirmam que o desenvolvimento científico-tecnológico adquirido tem impulsionado a fragmentação do saber que se expressa na multiplicação de disciplinas nas universidades e centros de pesquisa, e nas explicações sempre mais especializadas e parciais da realidade. Acrescentam os autores sobre o confronto em curso que ocorre no âmbito acadêmico, no momento

em que há o reconhecimento, de parte dos cientistas, pesquisadores, intelectuais e profissionais das mais diversas áreas sobre a necessidade de atravessar as estreitas fronteiras disciplinares e construir um diálogo interdisciplinar para superar os efeitos da fragmentação. Para Ceccim e Ferla (2009), tais tensões na formação profissional se refletem em políticas educacionais de incentivo à formação interdisciplinar, com foco na integralidade e nas necessidades de saúde da população.

Ancorar a assistência à saúde no ato profissional especializado em detrimento ao agir interdisciplinar e multiprofissional reduz o processo assistencial ao que é proposto pelo “mercado da saúde” ou, talvez nomeando mais apropriadamente, “mercado da doença”. Segundo Ceccim e Ferla (2009), confrontar tal quadro tem sido um dos desafios do campo da saúde, na atualidade, e como forma de enfrentar esta fragilidade, os autores propõe a importância de se buscar a qualificação das práticas em saúde por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual é reconhecida hoje como parte das políticas públicas de saúde, como veremos a seguir, compreendo-a como

[...] uma ligação orgânica entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil) (CECCIM, 2009, p. 449).

Não é um movimento descarregado de complexidades, na medida em que se contrapõe a um modelo de formação em saúde hegemônico. Barbosa et al (2004), neste sentido, afirmam na formação focada na interdisciplinaridade a potência para a constituição de coletivos de saúde que funcionam como equipes, de fato, que partilham concepções, distribuem tarefas e socializam resultados.

“(A interdisciplinaridade), que se expressa em romper com velhos paradigmas, em acreditar no novo, em conceber a hipótese de que o aprendiz é possuidor de um espectro de competências ávidas a serem desenvolvidas, e que apenas ministrar plenamente um determinado conteúdo não garantirá os estímulos, as ações, as vivências, a integração social e todos os demais fatores essenciais à construção do conhecimento (BARBOSA et al, 2004, p.60).

A atuação no SUS ultrapassa o tecnicismo, de certa forma impondo ao trabalhador da saúde participar das práticas sociais, na medida em que a concepção de saúde compreende sua produção social e, por conseguinte, este atua no contexto de vida dos usuários, influenciando e sendo influenciado por esta interface (MENDES, 2001). A saúde é determinada e condicionada socialmente e isto requer um conjunto de qualidades que ultrapassam apenas o conhecimento técnico-científico. A participação política via controle social, o conhecimento de elementos da gestão, o trabalho intersetorial são elementos novos no cotidiano de trabalho que desafiam e desacomodam (CECCIM e FEUERERKER, 2004).

O que se percebe, a partir daí, é certa “crise existencial” de um conjunto de profissionais instigados a serem protagonistas na “transformação social” sem provavelmente almejam tal papel na sua trajetória profissional. A rotatividade de enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente, tem sido apontada como uma das consequências deste conflito (MEDEIROS, et al. 2010).

De outra forma, Santos (2001) destaca a crise dos setores de representação popular, como os sindicatos, por exemplo, tendo em vista que o mercado sobrepõe, através do que chama de difusão social da produção e isolamento político do trabalho. A industrialização, o excesso de mão de obra e a expansão do consumo têm dado ao mercado as condições para influir no cenário político, atrelando as políticas de saúde ao desenvolvimento local do sistema de saúde (AKERMANN, 2005; CAMPOS, 2006b). Na esfera pública e privada, o mercado estabelece um conjunto de necessidades que o usuário aceita verdadeiras, como explica Santos (2001), ao citar os “códigos de condutas elaborados por empresas para seus empregados fora do tempo de trabalho” (p.253).

No Brasil, a ampla maioria da população depende exclusivamente do SUS, ou seja, do poder público (BRASIL, 2003a; CNDSS, 2013). O “mercado da saúde” por meio dos planos de saúde está acessível para algo em torno de 25% da população.

Neste conjunto encontramos o espaço de atuação das operadoras do mercado da saúde²⁴, as quais vendem seguros-saúde (planos), e que são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além das relações de “livre-comércio” (atendimento privado), regulado de alguma forma pelas normas relativas ao consumo, como é o caso do Código de Defesa do Consumidor (Lei Federal 8.078/1990, de 11/09/1990).

O princípio da universalidade do SUS se impõe como desafio, neste contexto, através da garantia de assistência à saúde para toda população, segundo suas necessidades individuais, sem, no entanto prescindir-se da definição de fluxos de referências e contrarreferências orgânicas que permitem o controle e regulação do acesso por parte da população. Entretanto, na atualidade o campo da saúde passa por momentos de atribulação frente ao processo de judicialização da assistência, pelo qual se institui a prática de buscar na seara do judiciário a garantia do direito à saúde.

“Como o acesso efetivo ao Judiciário no Brasil, assim como a outros serviços essenciais, é mais fácil às pessoas de condições socioeconômicas mais avantajadas, o resultado da judicialização da saúde. Nos termos atualmente em vigor, é uma inversão perversa dos objetivos primordiais do SUS. De política minimizadora das desigualdades em saúde que espelham as iniquidades sociais, ele se transforma em instrumento auxiliar da perpetuação dessas iniquidades” (FERRAZ; VIEIRA, 2009, P. 246).

Com efeito, percebe-se que nesta relação dos profissionais de saúde com seu usuário/paciente há certa inabilidade dos primeiros, formados que são por uma

²⁴ Na medida em que o Estado é incapaz de garantir com suficiência o direito social do acesso à saúde, parcelas consideráveis da população compram planos de saúde de operadoras legalmente constituídas ou diretamente junto a prestadores de serviços. A legislação relacionada à Saúde permite a existência de outras opções de oferta de serviços de saúde, que não governamentais, conforme se lê na própria lei 8080/90. Neste sentido, há a opção de compra de serviços de saúde por meio do desembolso direto do comprador junto ao prestador. É a prestação de serviços de saúde em caráter particular, relação mediada pela legislação relacionada ao direito do consumidor. O prestador de serviços estabelece um preço e o comprador, mediante atendimento, paga o valor. Uma relação comercial pura e simples (embora havendo participação do Estado, na medida em que tal serviço é passível de restituição no Imposto de Renda, por exemplo, e a prestação do serviço é regulada pelo Código de Defesa do Consumidor).

academia que orienta sua atuação para o “mercado de saúde”, ou seja, aquele nicho restrito e que vem diminuindo em sua representatividade dentro deste mercado (2007). Para Vasconcelos (2006), a maioria dos profissionais, aparentemente, não está apta a atuar no SUS, desconhece sua legislação, organização, princípios e diretrizes. Além disto, entram neste quesito aspectos econômicos, como salariais, e aspectos simbólicos, relativos ao reconhecimento social.

O sistema público, mesmo que tenha dificuldades orçamentárias correntes, abrange 100% da população brasileira e, deste conjunto parcela importante é totalmente dependente do SUS, o que por consequência gera um grande impacto no mercado. Trata-se de um cenário instituído na década de 1990 e que influi nas relações de mercado e na prática profissional dos trabalhadores em saúde, formados em sua maioria no modelo biomédico, médico-centrado (VASCONCELOS e PASCHE, 2007).

Em 2001 a educação em saúde no Brasil apresenta a novidade da instituição de novas diretrizes curriculares na formação de profissionais de saúde, agora voltadas para o sistema público de saúde, objetivando a integralidade da atenção, a equidade e a humanização da assistência (PINHEIRO et al, 2005; PEREIRA e RAMOS, 2006). Não é, no entanto, uma conjuntura que se transforma rapidamente, pois a mesma é permeada por complexidade própria, tendo em vista a cultura de dominação, de relações de poder que orientam a prática profissional dos trabalhadores do campo da saúde, que enfrentam o desafio de trabalhar numa nova perspectiva com a população (SABOIA, 2003; CAMPOS, 2006).

Para incentivar esta readequação da formação em saúde, em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS 198/04, em 13 de fevereiro, modificada em 20/08/2007, por meio da Portaria GM/MS 1996/07, a qual implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de “*garantir a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população*”, e de impactar os indicadores

sociossanitários e os princípios da universalidade da assistência à saúde, com integralidade e equidade (BRASIL, 2009, 2011). Esta grande meta, para ser alcançada, depende também de trabalhadores de saúde atuando segundo os princípios e diretrizes do SUS, o que demanda o esforço em problematizar as práticas, visando um reordenamento dos processos de trabalho de forma reflexiva (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM e FERLA, 2009).

Mendes (2001) afirma que atuar no SUS impõe ao trabalhador em saúde participar das práticas sociais, na medida em que a concepção de saúde compreende sua produção social e, por conseguinte, este atua no contexto de vida dos usuários, influenciando e sendo influenciado por esta interface. Em sendo a saúde determinada e condicionada no campo social, exige-se do profissional um conjunto de qualidades além do seu conhecimento técnico-científico tradicional.

Neste novo cenário do campo da saúde, cabe ao Ministério da Saúde criar condições de qualificação da assistência, inclusive na formação dos trabalhadores em saúde, conforme expõe o inciso IX do artigo 15 da Lei 8080/90 (BRASIL, 2012): “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS”. Neste sentido, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vem fomentando uma série de iniciativas com o objetivo de

“Buscar o alinhamento entre atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde, garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde, instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais da saúde e promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade” (BRASIL, 2011, p.5).

Este conjunto de iniciativas articula-se à necessidade de profissionais ou trabalhadores da saúde voltados ao reconhecimento de condicionantes sociais do processo saúde-doença e às práticas sociais com ênfase nas condições sociossanitárias

da população. Se elas são suficientes para o reordenamento efetivo do mercado de trabalho no campo da saúde talvez só o tempo diga. De toda forma, são medidas de longo alcance e que vem sendo implantadas, paulatinamente, ao longo da última década.

3.4.2 A construção de um sistema universal de saúde

O Brasil tem 190.732.694 habitantes, conforme aponta o censo de 2010 (IBGE, 2012). O crescimento populacional constitui-se em uma das questões fundamentais da atualidade, na medida em que grandes contingentes de pessoas aglomeram-se em cidades. Freitas e Porto (2006) destacam que já no ano 2000 havia 388 cidades com população acima de um milhão de habitantes no planeta enquanto que um século antes, em 1900, este número não passava de 17, o que indica uma concentração urbana acelerada que não se deu de forma ordenada (SANTOS, 2008). Segundo estes autores, esta concentração no Brasil se acentua a partir da década de 1960, fruto da política econômica da época.

Por consequência, ao longo do século XX uma série de problemas socioambientais estabeleceu-se no cotidiano de um grande contingente populacional, afetando suas condições de vida, provocando doenças e mitigar a questão tornou-se um dos grandes desafios para o Estado, já que são mais de 600 milhões de pessoas que vivem em risco nos países em desenvolvimento, atualmente (SANTOS e WESTPHAL, 1999; ONU, 2009). A evolução tecnológica da assistência à saúde atrelada ao processo de urbanização levou a um processo de transição social com reflexos na demografia e na epidemiologia, alterando a pirâmide etária e o perfil das causas de adoecimento e morte (SANTOS; 2008).

Partindo deste ponto, tais problemas também são correntes no Brasil. Segundo Bertolli Filho (2006), historicamente, a assistência à saúde tem sido

deficiente de recursos materiais, humanos e financeiros, o que se reflete, por exemplo, no coeficiente de mortalidade infantil (mortes de crianças antes de estas completarem um ano de vida), considerado um dos indicadores que melhor traduzem as condições socio sanitárias de vida da população. Pois este coeficiente, no Brasil, em 1955, chegava a 421,6/1000 em Natal (RN), 112,2/1000 no Rio de Janeiro, então capital do país, ou 100,9/1000 em Porto Alegre (BERTOLLI FILHO, 2006). Estes índices são extremamente elevados se comparados com dados mais recentes, de 2008, inseridos no Sistema de Informações da Mortalidade (SIM) e que aponta para Natal um coeficiente de mortalidade infantil de 16,3/1000, Rio de Janeiro 13,6/1000 e Porto Alegre 11,6/1000 neste ano (DATASUS, 2012).

No Brasil também se verifica a partir de meados do século XX, esta concentração da população nas grandes metrópoles e periferias e esta condição tem trazido à esfera pública discussões em torno de quais são as medidas necessárias para articular políticas para enfrentar esta nova realidade (FREITAS e PORTO, 2006). Segundo Scalon (2004), os indicadores sociais precários são condicionados pela instabilidade econômica e social que permeou a história brasileira, na forma de uma crônica desigualdade social, o que implica em condições precárias de vida de uma parcela importante da população, discurso que está incorporado na sociedade nacional.

Reafirmando o exposto na CF de 1988, artigo 6º, que destaca os direitos sociais fundamentais da população, percebe-se uma fragilidade estrutural na sociedade brasileira, decorrente desta desigualdade social, que permeia as condições de vida, de acesso à educação e saúde, além de outros condicionantes para uma condição de vida mais adequada. O texto constitucional trata, a priori, do reconhecimento do Estado de que mudar o cenário social é estratégico. Áreas como a educação, a assistência social, a saúde, entre outras, passam pelo grande desafio de qualificar-se na assistência à população, por meio de políticas públicas formuladas neste contexto.

Há, efetivamente, na Carta Magna, o compromisso de combater a desigualdade social, resgatar a cidadania, incluir os 'excluídos' sociais, compensando a negligência característica da história brasileira (BENEVIDES, 2001).

No caso da saúde, via artigos 196 a 200, a Constituição de 1988 faz nascer o Sistema Único de Saúde (SUS), inserido no capítulo da Seguridade Social. Este arcabouço legal implica profundamente o campo da saúde e na forma da política de saúde, na medida em que confronta uma história de ausência do Estado (SILVA, 2001). Cabe destacar que incumbe ao Estado, a partir de então, implantar políticas públicas afirmativas que reconheçam o direito à saúde como fundamental, desempenhando o papel que lhe é atribuído pela Constituição Federal em vigor, a qual reflete anseios da população, alcançada no intenso debate em que o país esteve envolvido em meados da década de 1980.

Neste sentido, desde o final dos anos 1980 uma série de ações concretas foi implementada pelo Estado com amparo nos princípios da integralidade da atenção em saúde, na equidade das ações e na universalidade do direito de acesso, aliados ao controle social, a descentralização técnica e política e a intersetorialidade, adotando por concepção de saúde a sua produção social (SILVA, 2001; CAMPOS, 2006).

Mendes (1999) refere que a complexidade e as causas múltiplas dos problemas relacionados à saúde nesta concepção ampliada tornam insuficientes as ações e serviços desenvolvidos pela gestão da saúde e profissionais do setor. A intersetorialidade se impõe neste contexto de problemas socioambientais impactando as condições de vida de todos os indivíduos (FREITAS e PORTO, 2006; ANDRADE, 2006).

Novas demandas sociais surgem no horizonte da gestão a partir da legislação constitucional/infraconstitucional, e a articulação de diferentes setores, compartilhando saberes e práticas, faz-se relevante para dinamizar o

desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais (ANDRADE, 2006; CAMPOS, 2006). Andrade (2006) destaca, no entanto, que esta perspectiva implica pactos entre diferentes atores sociais, aproximando-os em torno de objetivos comuns, negociados para um presumível consenso, mediante uma relação dialógica, o que será possível por meio de um processo de descentralização, perspectiva destacada também por Arretche et al (2004) a qual, no entanto realça a dificuldade tecnopolítica envolvida neste processo.

Um conjunto de fatores que podem ser vistos por um prisma desolador, de um lado, mas de outro a ousadia que reafirma a necessidade do enfrentamento efetivo da desigualdade social. Uma somatória de carências que se reproduz no Brasil e que se replica e impacta a sociedade, insatisfeita, que sofre o direcionamento de um modelo de desenvolvimento dirigido ao consumo, ao poder social, riqueza ou fama, como afirma Heller (1996).

Ao longo do texto averiguamos que as desigualdades sociais estão estabelecidas em toda a sociedade e as ações e serviços de saúde inserem-se neste contexto de desigualdade. O Estado brasileiro tem propiciado uma política de saúde de característica universal, com equidade e integralidade, mas o esforço torna-se absolutamente insuficiente enquanto que não se trata ainda de uma ação articulada com todas as políticas sociais e, mais, amplamente assumidas como prioritário no âmbito da população. Com amparo em Bourdieu (2008), implica reconhecer que os diferentes interesses manifestos (ou implícitos) dos atores sociais constituem campo de conflito não resolvido.

O Estado brasileiro não tem sido capaz de confluir os interesses explicitados na arena social, de acertar um novo pacto social, mais solidário, dirigido à defesa da vida, efetivamente, embora se reconheçam esforços neste sentido. As políticas de cunho social, nesta seara, apesar de serem articuladas e desenvolvidas não dão conta

da alta demanda existente, considerando que os recursos investidos são poucos e, mesmo estes, muitas vezes não geram o impacto esperado (AVRITZER, 2009).

Paugam (1999) se refere à ruptura dos laços sociais como determinante para o enfraquecimento social e, de outro lado, cita a reciprocidade nos laços sociais dos moradores das favelas brasileiras como mecanismo de resistência mútua à pobreza, visto que a mobilidade social é quase impossível. “Trata-se de uma forma de sobrevivência, ainda que não exista desigualdade entre doador e receptor” (p. 109). Em tempos de incertezas globais, reciprocidade e solidariedade por meio das políticas públicas de saúde possuem um espaço específico.

3.4.3 A municipalização da Saúde e a institucionalização do ator local

Segundo Carvalho (2007), Vasconcelos e Pasche (2007), a construção do SUS é um processo inconcluso, passadas duas décadas. Em 2013 as leis 8080/90 e 8142/90 completaram 23 anos e sucessivas normas operacionais foram lançadas neste período, ajustando o sistema à multiplicidade de questões complexas que foram se delineando ao longo do tempo. Como bem destaca Carvalho (2007), persistem áreas de atrito, especialmente no que diz respeito ao financiamento do sistema, sua capacidade resolutiva quanto ao enfrentamento dos problemas assistenciais, a judicialização em face de atendimento a especialidades e o controle social fragilizado em alguns contextos.

Na construção coletiva do SUS a discussão em torno da regionalização da saúde é central. Descentralizar administrativamente a gestão e organizar redes regionais de saúde, hierarquizadas quanto à tecnologia, são diretrizes inscritas no artigo 198 da CF de 1988 e posteriormente na Lei 8080/90, em seu artigo 7º, inciso IX: “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de

governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2001)";

Instituir esta diretriz tem demandado um grande esforço da gestão da saúde desde a década de 1990 (MENDES, 2001), nas três esferas de governo, na medida em que para a maioria das administrações municipais, instituir serviços próprios de saúde representa uma novidade desafiadora, especialmente naqueles municípios de médio e pequeno porte. O debate e embate político parecem recorrentes, entre outros aspectos a priorização nos processos decisórios.

“Mantém-se uma forte polarização no debate público entre aqueles que apostam no fortalecimento dos governos locais como um processo positivo para a democracia e a eficiência alocativa do setor público, e aqueles que entendem que os municípios são a própria manifestação do clientelismo e da ineficiência, nos quais o aumento da autonomia local só favoreceria a ingovernabilidade” (Lubambo, 2006, p. 87).

Na maioria dos municípios menores a assistência pública em saúde era prestada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de uma rede de Postos de Saúde, profissionais de saúde e hospitais filantrópicos credenciados (CORDEIRO, 2005). A Lei 8080, promulgada em 19 de setembro de 1990, definirá ainda as atribuições comuns às três esferas de governo (seção I) e competências específicas de cada esfera (seção II). Quanto às atribuições comuns, estão descritas no artigo 15, em uma extensa lista de 21 incisos.

Nesta lista percebe-se que o saneamento básico é corrente na discussão do campo da saúde, colocando-o no escopo das prioridades a serem consideradas na formulação da política de saúde, a ser inscrita no Plano de Saúde, referido no inciso VIII.

Já o artigo 18 da Lei 8080/90 definirá as ações e serviços que cabem à esfera local e, neste sentido, imputa um novo patamar aos municípios, instituindo a articulação da política pública da saúde neste âmbito e fortalecendo esta esfera

pública na construção do sistema de saúde, o que na prática significará a 'municipalização da saúde'.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Chamamos a atenção ao inciso IV, letra 'd' e inciso VI, ambos tratando do ambiente e sua relação com a saúde, o que é significativo para a implementação de ações efetivas na seara da saúde. O campo da saúde no âmbito do município é coparticipe na gestão de seus problemas socioambientais, tanto nas questões relativas ao saneamento básico quanto nas "agressões ao meio", o que poderá ser determinante (ou não) na efetivação de medidas no desenvolvimento da atenção básica.

O artigo 33 da Lei 8080/90 se refere ao financiamento do SUS e neste se define que haverá depósito de recursos específicos para a saúde em conta especial “em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde” (art. 33). Neste contexto, o município além de ser corresponsável na produção da política de saúde, receberá a partir do texto legal o direito do cofinanciamento das ações e serviços desencadeados no seu território. Embora este direito ter sido assegurado pela Lei 8080/90, haverá ainda a necessidade da aprovação da Lei 8142/1990 para que fique claro como isto ocorrerá, tendo em vista que os parágrafos do artigo 33 que tratavam do tema foram vetados pela presidência.

O presidente de então, Fernando Collor, vetou os artigos da Lei 8080/90 que diziam respeito à participação comunitária e ao financiamento do SUS, sob o argumento de que a legislação da forma proposta criava um órgão da administração pública, o que seria de competência restrita ao presidente da República (BRASIL, 2006). Este presidente propôs com seu projeto 'Brasil Novo', um governo neoliberal privatista, de desmonte do setor público, centralizando as decisões de governo e neste sentido, a proposta do SUS se contrapõe ao modelo (OLIVEIRA, 1992; GOUVEIA e PALMA, 1999).

Segundo Carvalho (1995) e Gouveia e Palma (1999), o movimento da Reforma Sanitária reage politicamente e, em dezembro de 1990, consegue ver aprovada no Congresso Nacional a Lei 8142/90, que preenche a lacuna referente à participação da sociedade civil e o financiamento do SUS, ao menos no texto da lei. O Diário Oficial publica a lei em 28/12/1990, contendo apenas sete artigos, mas resolvendo as questões em aberto, como referido. No que diz respeito ao controle social, são oficializadas as Conferências e os Conselhos de Saúde, na esfera federal, estadual e municípios (BRASIL, 2006).

Em seu artigo 1º a Lei definirá a forma da participação da comunidade por meio de conferências e conselhos, como veremos adiante. Já no artigo 4º explicitará a

necessidade dos municípios contarem com a criação de um Fundo Municipal de Saúde (FMS), para que recebam recursos federais e estaduais. Da mesma forma, complementarmente, para receber transferência de recursos os municípios devem contar com conselhos de saúde ativos e planos de saúde elaborados e vigentes, além da prestação de contas periódica, mediante a elaboração de relatórios de gestão e garantir a aplicação de recursos próprios municipais, além da definição de uma política de pessoal para os quadros de servidores municipais.

A CF de 1988 e as Leis 8080/90 e 8142/90 dão a sustentação legal para a organização do SUS. A partir deste conjunto de normas está criada a condição para a implementação de um novo formato de política pública de saúde, no qual as três esferas de governo corresponsabilizam-se pela organização das ações e serviços de saúde e, ao mesmo tempo, assumem o protagonismo dos conselhos de saúde (nas três esferas), os quais são deliberativos e fiscalizadores, agregando um componente democrático importante na construção de um SUS efetivo (CARVALHO, 2007). A novidade é o fortalecimento do papel do município, instituído como responsável pela política de saúde no âmbito de seu território, tarefa para a qual contará com o apoio federal e estadual, conforme preconiza a legislação basilar acima referida.

Inicia-se, a partir deste ponto, a construção de um novo cenário no que diz respeito ao espaço local na definição das políticas públicas. Neste sentido, na regulação do planejamento integrado e da gestão urbana (Vitte e Keinert, 2009) criam-se anseios e busca de legitimação das políticas públicas, entre as quais a saúde e o saneamento básico, aos serviços públicos como expressão do olhar sobre a cidade e seus cidadãos, inclusive com mecanismos sociais de controle, passando pela redefinição de práticas de políticas públicas. O capítulo III da Lei 8080/90 refere-se ao Planejamento e Orçamento das ações e serviços de saúde e vale verificarmos o que consta a respeito:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em **planos de saúde** dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º **Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.**

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. (Lei 8080/90, artigo 36, grifos nossos).

Grifamos o texto que se refere aos planos de saúde e sua condição imprescindível para o desenvolvimento da política de saúde e o devido recebimento de recursos federais e estaduais para sua execução. Surge aqui um elemento que será fundamental para a articulação das políticas de saúde, mediante a formulação das mesmas com amplo debate público, com a participação ativa dos conselhos de saúde (participação da comunidade, conforme o texto constitucional). Se isto se efetivará ou não é outro ponto.

3.4.4 Em cena: a municipalização e o controle social da política de saúde

De acordo com Arretche (1999), na década de 1990 acelerou-se a descentralização de uma série de políticas sociais, entre as quais a saúde, o saneamento e a habitação popular, o que reconfigura as relações entre as diferentes esferas de governo e institui nos níveis estadual/municipal um novo espaço de discussão e participação. A autora, no entanto, avalia que este não é um processo uniforme, variando substancialmente conforme a política específica e a adesão ou não de estados e municípios.

“Nas condições brasileiras, não é suficiente que a União se retire da cena para que, por efeito das novas prerrogativas físicas e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir de modo mais ou menos espontâneo competências de gestão” (ARRETCHE, 1999, p. 112).

Nestes termos, conforme analisa Arretche (1999), há diversos fatores que condicionam o desenvolvimento de políticas sociais, os quais passam pelas condições de cofinanciamento e estratégias de indução política e administrativa da adesão por parte dos gestores locais, considerando a grande diversidade de realidades locais, tanto no âmbito dos estados quanto dos municípios.

“O Brasil é estruturalmente um país caracterizado pela existência de uma esmagadora maioria de municípios fracos, de pequeno porte populacional, densidade econômica pouco expressiva e significativa dependência de transferências fiscais [...] (os quais são) historicamente dependentes da capacitação institucional dos governos estaduais e federal para a prestação de serviços sociais [...]” (ARRETCHÉ, 1999, p. 133).

Na centralidade dos problemas da regionalização do sistema de saúde talvez esteja a pouca capacidade técnico-administrativo-gerencial dos pequenos e médios municípios, instados a criarem estruturas prestadoras de serviços, deliberativas e fiscalizadoras (CARVALHO, 1995; ARRETCHÉ, 1999). Neste sentido, a maioria dos municípios da área de abrangência da 16ª CRS criou os seus Conselhos de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde na década de 1990, na esteira da implantação do SUS, pois que isto representaria repasse de recursos federais e estaduais (BDR/UNIVATES, 2012). De acordo com Lubambo (2006) a participação dos municípios em políticas descentralizadas pode ocorrer por uma adesão deliberada como indicador do comprometimento do poder público local ou mediante uma avaliação de custo x benefício, em decorrência dos mecanismos de indução presentes na municipalização.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) dos anos 1990, as Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS) do início da década de 2000, o Pacto pela Saúde (2006) e mais recentemente a discussão em torno do Decreto Lei 7508, de 2011, vêm colocando no centro da pauta das políticas públicas o processo de regionalização/municipalização, e a conseqüente descentralização, havendo uma série de “nós críticos” a serem enfrentados.

Por testemunha, participante ativo deste movimento, (enquanto secretário municipal), à época, no município de Teutônia que, embora contasse com a Secretaria Municipal de Saúde, Habitação e Bem Estar Social legalmente criada no início da década de 1990, não havia ainda desenvolvido um trabalho de fato. Em janeiro de 1997, quando assumi a secretaria, esta não contava com quadro técnico específico, salvo duas pessoas administrativas e dois motoristas, os quais providenciavam o deslocamento de munícipes a Porto Alegre, onde se buscava atendimento especializado. Da mesma forma, o Conselho de Saúde não tinha rotina de reuniões estabelecida e sua atuação era ainda muito precária. A presidência do conselho era exercida por pessoa da comunidade que, embora estivesse revestida de boas intenções não entendia da legislação e da dinâmica do SUS. Aliás, para ser franco, talvez nenhum dos membros do conselho conhecesse suficientemente a legislação. Trabalhávamos no improviso, na tentativa de acertar e fazer a coisa certa. As dúvidas maiores eram resolvidas por telefone: perguntava-se aos técnicos da 16ª CRS. Temos aqui a presença explícita do poder da expertise concentrado na mão do servidor público ‘burocrático’, o qual orienta/assessora a gestão municipal em processo de implantação. É necessário reconhecer a importância deste apoio institucional neste momento de dúvidas quanto aos procedimentos a serem tomados, a partir do que se previa na legislação da época.

Chamo a atenção para o ano: 1997. Transcorreu mais de meia década entre as Leis 8080/1990 e 8142/1990 para o processo de municipalização da saúde iniciar-se de forma mais efetiva. A 16ª CRS e os próprios municípios, por meio da ASSEDISA (Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde, atualmente renomeada como Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/RS), buscavam implementar um processo de auxílio-mútuo, via reuniões mensais para troca de experiências, capacitação e construção de alternativas conjuntas para as deficiências nas ações e serviços de saúde tanto no nível municipal quanto regional. Note-se que no próprio nome da “ASSEDISA” constava a expressão “dirigente” visto

que a instituição foi criada em 1987²⁵, época em que muitos municípios sequer contavam com Secretarias de Saúde.

Ainda por relato de experiência, o ano de 1997 marcou a região com o processo de municipalização da saúde. A NOB 01/1996, a qual foi instituída pela Portaria GM/MS 2.203, em 06 de novembro daquele ano (BRASIL, 2006) trazia à tona uma série de elementos que instigaram o processo de municipalização e que propunha:

“a integração dos campos da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde, estruturando os níveis de atenção representados pela promoção, proteção e recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo” (p. 171).

Dentro do caráter preventivo emerge a compreensão de que o saneamento passe a ser visto pela ótica da centralidade nas referências à dimensão ambiental, da mesma forma a saúde coletiva ultrapassa a condição de um fenômeno relativo à questão urbana, de engenharia ou de medicina sanitária. Em outros termos, na compreensão da realidade são considerados os impactos causados à saúde por meio da degradação do solo, do ar e da água, além dos efeitos perniciosos de condições inadequadas de moradia e a ausência de acesso às medidas inerentes ao saneamento básico, o que está explícito na NOB 01/96²⁶.

²⁵ <http://www.cosemsrs.org.br/?menu=quemsomos>

²⁶ A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); (grifo nosso) e

o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas

Entre as ameaças à saúde dos cidadãos da região localiza-se uma dimensão ordinariamente pouco considerada e que se origina dos produtos alimentícios fornecidos a partir da poderosa indústria de agrotóxicos, pesticidas e fertilizantes químicos que contaminam seus produtores e consumidores. A região da pesquisa certamente não se constitui em uma ilha dentro da realidade mencionada e cujas consequências talvez sejam mais graves do que as usualmente admitidas, até por que ao progresso está inerente o endosso de riscos socioambientais.

No item 15.1.2 da NOB 01/1996, que tratava dos requisitos para a habilitação a esta modalidade de gestão, consta o funcionamento regular do CMS, reafirmando a legislação maior (Lei 8142/90). A maioria dos municípios passa a constituir seus Conselhos a partir de então, por meio de Lei Municipal, na segunda metade da década de 1990, visando atender ao inscrito na NOB-01 de 1996.

Isto implica reconhecer que a participação da população se implanta a partir da norma federal, ao invés da conquista via reivindicação dos atores sociais do nível local (CARVALHO, 2007). Segundo este autor, os Conselhos na maioria dos municípios são criados sem que estivessem claras as suas atribuições no percurso da definição à avaliação da política de saúde local. Moreira e Escorel (2010) acrescentam que o cenário é favorável às políticas de saúde, pois entra em cena um novo grupo de atores sociais: os conselheiros de saúde, com a incumbência de deliberar em torno da política de saúde, fiscalizando sua estruturação (MOREIRA e ESCOREL, 2010).

À mesma época são criadas as Secretarias Municipais de Saúde, especialmente nos municípios de menor porte, como já referimos. Na região da 16ª CRS, quinze municípios emanciparam-se na década de 1990, fenômeno que se reproduziu por todo estado (UNIVATES, 2010). A grande maioria dos municípios é de pequeno porte

macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos (NOB 01/1996, 3).

e não possuía estruturas municipais para a condução da política de saúde, tampouco seu controle social efetivo. Nesta esteira, em tese, não há conhecimento/expertise suficiente para a efetivação plena da saúde neste momento, na medida em que se trata de um movimento complexo rumo à estruturação de um conjunto de ações e serviços de saúde conforme preconizado pelo SUS.

Os CMS surgem neste momento sem a devida condição técnica para a deliberação qualificada em torno da sua tarefa, apesar de cidadãos convidados/convocados à participação. Lopes (2006), referindo-se a maiores espaços de participação na discussão quanto às questões ambientais, argumenta que a participação incita maior democratização, via envolvimento de outros atores sociais, (o que se pode atribuir também como tendência no campo da saúde), embora destaque o embate entre as demandas que advém da população contra aquelas trazidas pela “expertise” técnica, fundamentalmente.

“A eficácia de conselhos locais [...] depende da experiência da participação política da população, de sua história de mobilização, desde formas comunitárias originárias de igrejas, de associações de bairro, de participação sindical” (Lopes, 2006, p.53).

Com amparo em Lopes (2006), podemos inferir preliminarmente que a questão está refletida também nos CMS, os quais, se presume, serão mais ativos se estiverem suficientemente instrumentalizados para a discussão em torno das demandas cotidianas no campo da saúde. Caso contrário, possivelmente a tendência seja de que a discussão será pautada a partir dos interesses daqueles atores/agentes que concentrem maior poder simbólico (BOURDIEU, 2008; MOREIRA e ESCOREL, 2010).

Nas experiências vivenciadas ao longo da trajetória na saúde pública regional, o que pude perceber é a boa vontade dos atores participantes, especialmente os usuários. Mas, em regra, estes encontravam grande dificuldade em contribuir objetivamente no debate, em parte por desconhecerem a dinâmica do campo da saúde, sua legislação, suas demandas e custeios. Embora ocorressem sugestões

diversas, as decisões dependiam da opinião avalizada pelo capital político concentrado no gestor, em muitas oportunidades, pelos prestadores de serviços em outros momentos e mesmo pelos trabalhadores da saúde.

O que se impõe a partir desta reflexão é averiguar como se dá este controle social e a sua efetividade na construção das políticas públicas de saúde, na atualidade. É um processo democrático, participativo ou, ao contrário, vige o efeito da dominação administrativa dos agentes de saúde ou prevalecem interesses hegemônicos?

4 PLANEJAMENTO, PLANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A República Federativa do Brasil deve garantir aos brasileiros uma vida digna, conforme se lê na Constituição Federal em vigor, já no seu artigo 1º, inciso III. Este mesmo documento estabelece como objetivo da Nação, entre outros, “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” (inciso III) e “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (inciso IV do artigo 2º da CF/88). Para Vasconcelos e Pasche (2007), trata-se de um grande desafio, na medida em que a desigualdade social é uma das marcas da construção histórica do Brasil, enquanto nação, afirmada por indicadores socioeconômicos e de saúde que se mantêm aquém do desejável.

A priori, pela imposição legal, as secretarias municipais de saúde e os conselhos de saúde começam a surgir e se estabelecem em todos os municípios, visto que sua inexistência implica na impossibilidade de repasses federais e estaduais ao município (ARRETCHE, 1999; BRASIL, 2001). Ainda assim, em muitos municípios, a criação dos conselhos não significou um incremento real no controle social das políticas públicas de saúde, na medida em que, de certa forma, ocorreu uma inversão processual, ou seja, muitos conselhos surgiram deste requisito de adequação a uma norma federal ao invés do anseio concreto dos movimentos sociais no nível local (CARVALHO, 1995; CORTES, 2007).

Para Arenhart e Andrade (2004) as instituições envolvidas no desenvolvimento do controle social, em tese, deveriam surgir e agir a partir da consciência dos cidadãos da sua corresponsabilidade na efetividade das políticas públicas. No entanto, este regramento que impõe aos municípios instituir o controle social em seu território para que as prefeituras possam acessar recursos federais e estaduais não garante um conselho de saúde imbuído da capacidade de deliberar sobre políticas de saúde e fiscalizá-las, a posterior (CORTES, 2007; 2009). Menos ainda, se exige a condição para que seus componentes tenham conhecimentos ou capacidade para compreender a gestão complexa da saúde pública, ou os nexos com as questões socioambientais.

De acordo com Cortes (2009b) uma das contribuições dos estudos sobre a participação na área da saúde no Brasil reporta-se à constatação de que os atores sociais diversos exercem uma influência decisiva na dinâmica de trabalho e nas deliberações dos fóruns. Em particular, os profissionais e trabalhadores de saúde destacam-se pela capacidade retórica, pelo exercício do poder no espaço dos conselhos como protagonistas de articulações entre atores sociais.

Percebe-se aqui certa contradição relacionada ao controle social, estabelecida de cima para baixo para a maioria dos municípios brasileiros, mesmo que tenham surgido como anseio dos movimentos sociais. Carvalho (1995) destaca que conselhos nascidos desta forma, a priori, instituem-se com fragilidades, apesar de comportar razoável carga de poder, tendo em vista deliberar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários. Da mesma forma, uma década depois permanece a utopia por se concretizar em municípios de pequeno porte no Vale do Taquari quanto à participação social no SUS (ARENHART e ANDRADE, 2004).

Além do planejamento estratégico, a instauração de formatos participativos por meio de conselhos introduz as interfaces do controle social, Souza se pronuncia sobre o advento deste processo ao

“implementar políticas públicas de caráter participativo. Impulsionadas, por um lado, pelas propostas dos organismos multilaterais e, por outro, por mandamentos constitucionais e pelos compromissos assumidos por alguns partidos políticos, várias experiências foram implementadas visando à inserção de grupos sociais e/ou de interesses na formulação e acompanhamento de políticas públicas, principalmente nas políticas sociais. No Brasil, são exemplos dessa tentativa os diversos conselhos comunitários voltados para as políticas sociais, assim como o Orçamento Participativo. Fóruns decisórios como conselhos comunitários e Orçamento Participativo seriam os equivalentes políticos da eficiência. (Souza, 2006, p. 36)

4.1 Conselhos e controle social: interfaces para a construção das políticas públicas

As políticas públicas no campo da saúde são construídas na interlocução de diferentes atores sociais. A CF de 1988, em seu artigo 198 previu a participação comunitária como diretriz organizativa do sistema público de saúde. Esta participação será mais bem delineada, como já mencionamos, na Lei Federal 8142, de 1990, na forma das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, como instâncias de participação (BRASIL, 2001; 2006). Define esta lei que a conferência deve ser realizada a cada 04 (quatro) anos, pelo menos, com a participação aberta para toda a população. Já o conselho de saúde, segundo o parágrafo 2º da lei 8142/90 *“tem caráter permanente e deliberativo, [e se trata de] órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários...”*. Destaca-se a previsão da representação paritária, conforme definido no artigo 4º, sendo 50% dos participantes usuários e 50% dos demais segmentos representados.

Considerando o texto legal, cabe ao Estado garantir direitos e deveres individuais e coletivos, o que a própria Constituição Federal vai reconhecer no seu Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais e, especificamente, em seu Capítulo I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, quando no artigo 5º define que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza,*

garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade [...]”.

Neste mesmo Título II da Constituição Federal, o Capítulo II trata dos Direitos Sociais e, neste sentido, o artigo 6º será determinante para a definição das obrigações do Estado brasileiro, na medida em que se inscreve que *“são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”*, conforme redação dada pela Emenda Constitucional 64, de 2012.

Partindo dessa premissa, cabe ao Estado prover condições ao cidadão de acessar os direitos sociais descritos no texto constitucional, na forma de políticas públicas universais amparadas na equidade. De acordo com Benevides (2001), há aqui uma carga de responsabilidade que o Estado assume a partir da Constituição nomeada *“cidadã”* tendo em vista a amplitude dos direitos constituídos e reconhecidos como atrelados à cidadania.

Na garantia destes direitos e, considerando a organização do Estado brasileiro, o artigo 23 da Constituição Federal definirá que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm por competência comum *“cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”*, conforme se lê em seu inciso II. Já o artigo 30, em seu inciso VII reza que cabe ao município *“prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”*.

Com efeito, no desempenho desta função do Estado – atender às necessidades de saúde da população - é urgente que as ações e serviços de saúde sejam planejados no seu cotidiano, com o objetivo de maximizar resultados e mitigar os diferentes obstáculos à qualidade de vida que são observados no cotidiano com

clamores por saúde pela população (BRASIL, 2006c). Esta concepção é majoritária no arcabouço legal que organiza o Sistema Único de Saúde.

No entanto, conforme destaca Paim (2011), implementar um sistema de saúde nesta dimensão requer a articulação de diferentes componentes, sendo que o autor elenca cinco como fundamentais, quais são a infraestrutura, o financiamento, a gestão, a organização dos serviços e o modelo de atenção, realçando primordial a forma “como vamos combinar um conjunto de tecnologias para resolver os problemas das pessoas [...] tendo o cuidado para que elas se sintam acolhidas no serviço de saúde” (p.7).

Neste contexto, a própria Constituição Federal de 1988 preconiza em seu artigo 165 que cabe ao poder executivo estabelecer “I- o plano plurianual; II- as diretrizes orçamentárias e III – os orçamentos anuais” com o objetivo de organizar os orçamentos públicos e, assim, maximizar o efeito das políticas sociais.

É possível inferir, a partir da reflexão sobre o texto constitucional, que o processo de planejamento se impõe sobre a gestão, na medida em que se propõe a articulação da União, Estados e Distrito Federal, além dos Municípios, inclusive com o cofinanciamento tripartite previsto e no caso específico da saúde, na Lei 8080/90, ela define no seu artigo 15, inciso VIII “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” e no inciso XVIII “promover a articulação da política e dos planos de saúde”.

Perceba-se que existe a obrigatoriedade da gestão em torno do planejamento das ações e serviços de saúde, o que será ratificado pelo artigo 18, inciso I desta mesma Lei 8080/90, quando diz que “[cabe ao município] planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. A partir destas premissas, a quem cabe então o previsto nos

artigos 15 e 18? Esta mesma lei responderá a questão, no caput do artigo 36 e nos parágrafos 1º e 2º, conforme se lê:

Artigo 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programação de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

A Lei 8080/90, portanto, estipula que os órgãos deliberativos sejam ouvidos na formulação dos planos. Se pensarmos no que significa “deliberar” nos deparamos com as ações como “decidir; resolver; determinar”, o que remete ao poder de decisão legitimado a partir do aparato legal àquelas instituições reconhecidas como “órgãos deliberativos” no campo da saúde. A dimensão deliberativa implica em incidir sobre a realidade abordada.

Quais são, então, estas instituições deliberativas? A CF 1988 definirá que a “participação da comunidade” é uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde sem, no entanto, definir a extensão do significado da expressão, lançando-se à legislação complementar esta tarefa. Será na Lei 8142/90 que esta definição em torno das instituições deliberativas ficará mais clara. O caput da lei já indica que ela “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Em seu artigo 1º, a lei nomeia como “instâncias colegiadas” a Conferência de Saúde (inciso I) e o Conselho de Saúde (inciso II). Quanto à Conferência de Saúde, encontramos no § 1º que:

“A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a

formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (Parágrafo 1º do artigo 1º, Lei 8142/90).

Já quanto ao Conselho de Saúde, a Lei 8142/90 define que:

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Lei 8142/90, artigo 1º, parágrafo 2º).

Este parágrafo específico da Lei abrirá efetivamente um novo subcampo dentro do campo da saúde, na medida em que se institucionaliza uma arena de debates/embates em torno da organização da política de saúde, forçando à mesa de negociação diferentes atores sociais, desde os representantes dos usuários dos serviços de saúde, aos profissionais da saúde, gestores e prestadores de serviços, cada qual com seu próprio capital social e poder simbólico. Uma série de questões se levanta neste encontro, como veremos em outros momentos deste trabalho.

Realçamos ainda no texto da Lei 8142/90 o artigo 4º:

Art. 4º. Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I – Fundo de Saúde; II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990; III – plano de saúde; IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n. 8.080/90; V- contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e VI- Comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Como se percebe, a necessidade do Plano de Saúde na organização das ações e serviços de saúde do município torna-se um imperativo legal, condicionando a sua existência ao recebimento de recursos das outras duas esferas de governo (Federal e Estadual). A priori, é condição imprescindível para efetivar-se o processo de municipalização da saúde e a respectiva construção de políticas públicas de saúde no âmbito local.

Outro dispositivo legal que faz menção à necessidade do Plano de Saúde é o Decreto 1.651/95, de 28/09/1995, o qual “regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no âmbito do Sistema Único de Saúde”, conforme consta em seu caput. Ao descrever as atribuições da auditoria no SUS, o decreto estabelece que a mesma deva analisar também os planos de saúde, as programações e os relatórios de gestão (letra ‘b’ do artigo 3º).

Da mesma forma, o Decreto 1.232/94, de 30/08/1994, que “dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências”, em seu artigo 2º reza que “a transferência [do governo federal aos Estados e Municípios] fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde [...]”. O artigo 4º do mesmo decreto ainda concluirá que “é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde”. De outro lado Souza (2006) destaca que é preciso considerar a capacidade ou o equilíbrio das contas públicas, pois “do ponto de vista da política pública, o ajuste fiscal implicou a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais” (p. 20).

Igualmente, no início de 2012 foi aprovada a Lei Complementar 141/12, que regulamenta os “valores mínimos a serem aplicados anualmente [...] em ações e serviços públicos de saúde [...]”, conforme consta em seu caput e, no texto da lei, em seu artigo 3º, vai definir que “serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde” entre outras as seguintes, que destacamos:

Inciso VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

Inciso VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombolas;

Inciso VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças. (Lei Complementar 141/12, artigo 3º).

De outro modo, o artigo 4º vai destacar aquelas despesas que não são consideradas “ações e serviços públicos de saúde” para a finalidade de aferir o percentual mínimo do orçamento a ser aplicado em saúde, dentre as quais destacamos:

Inciso V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes das taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

Inciso VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

Inciso VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais. (Lei Complementar 141/12, artigo 4º).

Observe-se que o tema “problemas socioambientais” é passível de financiamento reconhecido como de saúde desde que o conselho de saúde defina as ações a serem custeadas, não se admitindo que haja desvio do recurso para ações pertinentes a outras áreas da gestão pública. Investir recursos da saúde em saneamento, políticas de destino adequado de resíduos ou qualidade da água são/podem ser ações de saúde desde que vinculadas às ações de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Nestes termos, percebe-se que o Conselho de Saúde, em tese, tem um papel importante no desenvolvimento de políticas públicas, o que é reafirmado pela resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde, de maio de 2012, a qual define a reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (CNS, 2012). Temos, neste bojo, a responsabilidade social compartilhada na formulação da política de saúde, compreendendo ‘saúde’ em seu conceito ampliado, determinada socialmente e, portanto, influenciada pela definição do que são problemas e a forma que estes são enfrentados pela coletividade (CORTES, 2007 2009; CNS, 2010).

A Lei 8142/90 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 2001). Conforme Carvalho (2007), o conselho de saúde traz à cena da condução da saúde brasileira uma série de novos atores sociais. Os trabalhadores de saúde e prestadores de serviços (entre os quais se destaca o hospital), sempre foram centrais no modelo hegemônico, centrado na doença. Já o gestor municipal da saúde aparece em larga escala a partir da municipalização da saúde, com a criação de Secretarias Municipais de Saúde nos municípios de médio e pequeno porte, especialmente na segunda metade da década de 1990. Os trabalhadores e os prestadores de serviços concentram certo poder técnico-operacional, ambos são ativos na saúde e, por isso, são reconhecidos como determinantes de uma boa assistência. Os gestores detêm certo poder político-gerencial, na medida em que manejam os recursos orçamentários e encontram-se legitimados no processo democrático vigente. Já o quarto ator social incorporado à arena do Conselho de Saúde é o usuário de serviços do SUS, representante da sociedade civil, o qual historicamente foi sujeito passivo na definição das políticas públicas, de uma forma geral (ADORNO, 1992; CARVALHO, 2007).

Para Adorno (1992) e Carvalho (2007), a previsão da “participação da comunidade”, conforme inscrito no artigo 198 da Constituição Federal constituiu-se em conquista histórica da população brasileira, na medida em que enfrentou resistências importantes de setores dominantes na cena política nacional. Paim (2011) realça que esta participação política na sua diversidade na condução do SUS é o maior desafio instituído, maior inclusive que a questão do financiamento, já que este depende das condições políticas envolvidas no cotidiano em que se engendram as possibilidades desta política de participação.

Quanto aos Conselhos de Saúde, estes mudam sua configuração a partir da Lei 8142/90. Até àquele momento não havia o poder de deliberar sobre as políticas de saúde, efetivamente, na medida em que os poucos conselhos existentes desempenhavam essencialmente um papel consultivo (VANDERLEI; WITT, 2003; CNS, 2010).

De acordo com Adorno (1992) a lei aprovada institui um novo papel a este espaço de decisão, afirmando que as políticas públicas deixam de ser atribuição exclusiva dos prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, além do governo; o usuário passa a ser protagonista na condução das políticas sociais. Conforme Vanderlei e Witt (2003), o próprio CNS renasce por meio do Decreto 99438/1990, substituindo a estrutura desarticulada que persistia até então.

Neste sentido, no novo cenário em construção no plano político do campo da saúde, surge uma tensão profunda a partir das diferentes forças constituídas no âmbito dos conselhos, especificamente naqueles em que há maior capital político em debate (CORTES, 2007, 2009; MOREIRA e ESCOREL, 2010). Trata-se de um cenário propício para a ação efetiva dos movimentos sociais na construção social, ao passo que “o SUS nasceu da sociedade civil e conseguiu atravessar o Estado (p. 9)”, conforme destaca Paim (2011).

A concepção vigente ou predominante na esfera do Executivo Nacional na década de 1990 é o estado mínimo, via privatização de estruturas e terceirização de serviços públicos. Conforme Oliveira (2007), o processo iniciado se aprofunda ao longo da década de 1990, com seu ápice ocorrendo no período do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), com a privatização desmedida de empresas públicas. Segundo Gouveia e Palma (1999), tal direcionamento significou perigo real ao nascente SUS, na medida em que o receituário liberal proposto pelo então diretor da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), George Alleyne, por exemplo, era na forma da promoção de uma “cesta básica” de serviços de saúde, dirigida aos mais

pobres e a extinção da gratuidade do atendimento. No entanto, na garantia dos direitos constitucionais conquistados, o movimento da Reforma Sanitária, contrapôs o discurso e, em sentido inverso, amplia-se o espaço para a discussão das políticas públicas, via conferências e conselhos de saúde (CARVALHO, 2007).

A criação dos conselhos de saúde se efetivou lentamente, no entanto. No Rio Grande do Sul, por exemplo, o Conselho Estadual de Saúde foi efetivamente criado em 31 de janeiro de 1994, por meio da Lei Estadual 10.097/94, sendo composto por 52 conselheiros titulares, dos quais 26 representantes dos usuários, mantendo-se assim a proporcionalidade proposta pela Lei 8142/90 (RIO GRANDE DO SUL, 2010). A efetivação das funções dos conselhos não se deu imediatamente, o que indica que a participação da comunidade/control social possuía os seus problemas estratégicos e face de uma inerente mobilização no nível estadual e municipal.

Em que pese este novo cenário de participação e controle social, de toda forma, amplia-se a condição da gestão de políticas públicas com a incidência plural de novas forças, antes alijadas do processo (MOREIRA e ESCOREL, 2010). Neste contexto, aliado à compreensão da saúde em seu conceito ampliado, determinada socialmente, conforme princípios e diretrizes do SUS e o inscrito na Lei 8080/90 (BRASIL, 2001; PAIM, 1999a, 1999b), e legislação complementar (NOB 01/1996, por exemplo), assume-se que o campo da saúde está implicado e é corresponsável pela articulação de políticas públicas que enfrentem os problemas socioambientais.

No mesmo sentido, a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde referia no inciso XIX ser competência dos conselhos de saúde, “estimular a articulação e intercâmbio entre os conselhos de saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde” (p.10), reafirmando o caráter intersetorial do diálogo em torno da proposição das políticas públicas relacionadas à saúde. Este mesmo inciso é renumerado como inciso XX da 5ª diretriz na Resolução CNS

453/2012, que revogou a anterior, mantendo-se o escopo de atribuições do corpo de conselheiros.

Esta nova configuração político-gerencial-administrativa no âmbito municipal, no entanto, não significou uma plena capacidade de reformulação da assistência à saúde nesta esfera de governo, em consonância com a baixa capacidade operacional para desencadear a mudança no modelo assistencial vigente, o que vai ao encontro da discussão de Arretche (1999; 2004). A própria NOB 01/1996, anteriormente abordada, apesar de significar um passo adiante, se mostrou insuficiente para o alcance dos objetivos a que se propôs. Esta insuficiência tem muito a ver com a heterogeneidade dos municípios brasileiros que, pela NOB 01/1996, deveriam optar entre apenas duas modalidades de “municipalização da saúde: a gestão plena do sistema municipal ou a gestão plena da atenção básica”. No caso do Rio Grande do Sul, a grande maioria dos municípios optou pela forma mais simplificada (a gestão plena da atenção básica), frente às incertezas quanto ao financiamento e condução do processo em si. Na região da 16ª CRS, todos os municípios optaram por esta modalidade.

Em 2001 o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001. Mendes (2002) critica o documento como restrito à assistência à saúde, desconsiderando o SUS na sua integralidade e dificuldades operacionais. Com efeito, em 27/02/2002, o Ministério da Saúde propôs a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), por meio da Portaria GM/MS 373/2002, que desloca o foco da articulação da saúde do município para a região, reconhecendo a dificuldade de instituir modelos assistenciais competentes em territórios sem capacidade técnica instalada, especialmente em pequenos e médios municípios (BRASIL, 2003c). A Portaria estabelecerá a organização estratégica em torno do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e conceitos tais como o de “região de saúde”, “módulos assistenciais”, “municípios sede de módulo assistencial”, “municípios-

polo” e “unidade territorial de qualificação na assistência à saúde”. No quesito da atenção básica, para dar conta da proposta da resolução, é criada a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA).

Apesar da NOAS 01/2002 representar uma boa intenção gerencial-administrativa, na prática pouco significou para o avanço efetivo na assistência à saúde da população, pois sua implantação se mostrou complexa no nível regional, pois implicava capacidade técnica-operacional avançada e módulos assistenciais, microrregiões e regiões de saúde com boa resolubilidade. Mendes (2002) aponta este erro na proposta, baseada na oferta de serviços, desconsiderando fluxos instituídos pela demanda a partir do que denomina de redes funcionais regionais.

Na região da 16ª CRS, conforme testemunhamos, todos os municípios aderiram formalmente à NOAS 01/2002, mas, conforme apontou Mendes (2002), a dificuldade na cobertura de serviços contratados pelo SUS e a falta de acesso a um conjunto de recursos assistenciais provocou grande dificuldade operacional, pois a demanda historicamente reprimida não foi atendida no âmbito locorregional, mantendo-se a lógica de buscar recursos em outros centros, especialmente na capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

No ano de 2006 o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias lançando o Pacto pela Saúde (Portaria 399, de 22/02/2006; Portaria 699, de 30/03/2006, entre outras), o qual se organiza em três eixos fundamentais: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Interessa-nos aqui com mais profundidade o Pacto em Defesa do SUS, tendo em vista suas diretrizes inscritas no volume 1 da coletânea publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde, as quais se referem ao compromisso coletivo de defesa dos princípios e diretrizes do SUS e ao desenvolvimento de ações conjugadas neste sentido, via repolitização do campo da saúde, qualificando a participação social, a garantia do direito à saúde como condição da cidadania e o financiamento perene das ações e serviços de saúde

(BRASIL 2006b; 2006c). Para que o Pacto em Defesa do SUS seja posto em prática, vislumbram-se uma série de ações, entres as quais destacamos:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;
2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;
3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; [...]

Como se lê, há aqui um comprometimento formal quanto à retomada do debate político em torno da condução do sistema de saúde. Se agregarmos à discussão o fato de que o Pacto pela Vida estabelece como prioridades a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica, percebe-se um ponto positivo quanto ao desenvolvimento de políticas públicas dirigidas aos problemas socioambientais (BRASIL, 2006c).

O Pacto de Gestão estabelece, em seu ponto sete, a participação e o controle social como “princípio doutrinário [...] fundamental neste pacto” (BRASIL, 2006b, p.37). A seguir são reproduzidas as ações previstas como essenciais dentro do Pacto de Gestão/Pacto pela Saúde quanto à participação e controle social:

- A. Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- B. Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- C. Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- D. Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- E. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- F. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto (PACTO PELA SAÚDE, vol. 1, p. 35).

O Pacto pela Saúde instituiu o debate em todo o país, tratando-se de uma política estruturante construída na interlocução do Ministério da Saúde, Conselhos

de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, criando condições para aprofundar o SUS em todo território nacional, ampliando suas ações no sentido de romper com o modelo estruturado que foca a doença como o centro das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006c). Neste sentido, de acordo com Carvalho et alii (2010) confirma-se um processo histórico da “ambientalização na saúde”, que está amparada na noção de saúde ambiental e da institucionalização das políticas ambientais e de saúde no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente.

A questão ambiental reaviva-se neste cenário, enquanto dimensão determinante no processo saúde-doença, na medida em que a interlocução saúde e ambiente vem se estruturando numa perspectiva ecossistêmica (MINAYO, 2002; 2007). A própria ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) mantém um Grupo de Trabalho em caráter permanente relacionado ao tema. Outro ponto de destaque é a realização da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, a qual teve por lema “*Saúde e Ambiente: vamos cuidar da gente!*” e tema “*A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta*”, em dezembro de 2009, fatos que indicam a preocupação crescente neste campo.

Segundo o Relatório Final desta Conferência, “foram realizadas 293 conferências municipais, 146 regionais, 26 conferências estaduais e a do Distrito Federal [...] participaram de todo processo de realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental mais de 60 mil pessoas, envolvendo 1.480 municípios” (p. 37), o que representa um conjunto bastante significativo de atores sociais, a nosso ver. De toda forma, interessante destacar os dados do Rio Grande do Sul, o qual realizou a Conferência Estadual de Saúde Ambiental entre os dias 26 e 28 de outubro de 2008, com 245 participantes, sendo que esta foi precedida de seis conferências regionais e uma conferência municipal (p.40).

Em que pese ser um evento recente, de 2009, há de se destacar que representa um avanço importante para a consolidação do debate em torno desta aproximação

saúde e ambiente, na medida em que destaca a necessidade de se construir políticas públicas voltadas à temática. Tal perspectiva é corroborada por Carvalho et alii (2010)

“As interações entre as políticas de Saúde e de Meio Ambiente para a efetivação de uma Política Nacional de Saúde Ambiental e as intersecções dos resultados das Conferências Nacionais de Saúde, Meio Ambiente e Saúde Ambiental foram analisadas; concluindo-se com os avanços conseguidos pelos dois setores, os desafios para a articulação intersetorial e a participação social para a construção de políticas públicas de saúde ambiental” (p.93).

Todavia, as causas dos entraves para avanços mais significativos são multifatoriais, entre as quais se podem destacar a insuficiência de recursos financeiros aplicados na saúde, participação/control social de certa forma insuficiente ou subordinada à lógica de administração municipal, gestão pouco profissionalizada e trabalhadores em saúde atuantes segundo o paradigma centrado na doença, sem alcançar na prática uma concepção de saúde determinada socialmente. Como desdobramentos do relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, Carvalho et alii (2010, p. 109) concluem que

“o foco da saúde ambiental repousa na interação entre saúde, meio ambiente e no desenvolvimento sustentável, com o fortalecimento da intersetorialidade entre as instituições estatais e a corresponsabilidade e participação da população na promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população”.

Todos estes pontos têm a ver com a qualificação do ensino em saúde, da atenção, do controle social e gestão em saúde, o que Ceccim e Feuerwerker (2004) nomeiam de “quadrilátero da formação em saúde”. Trata-se de desenvolver a capacitação técnico-político-administrativa para fazer frente às necessidades do sistema de saúde e dos atores que compõem seu cotidiano. Planejar as ações e serviços, a articulação entre os atores sociais, identificar os problemas, manejá-los adequadamente parece ser o meio para qualificar o SUS.

O conjunto de normatizações arroladas indica que a existência do Plano de Saúde é obrigatória no âmbito das três esferas de governo. Do contrário, no caso do

município, é cessado o repasse de recursos da esfera federal e estadual. Ao menos é isto que se compreende da leitura dos textos legais.

4.2 Os Planos Municipais de Saúde na região do Vale do Taquari

Em princípio, conforme se leu até o momento, o município deve ter o Plano de Saúde como um dos documentos necessários para primeiro organizar o sistema de saúde no seu território e, a partir daí, fazer jus às transferências de recursos de forma regular de outras esferas de governo (federal e estadual). Para confrontar o que “precisa ser” com o que “é”, realizou-se levantamento (agosto/setembro de 2012) quanto à situação dos Planos Municipais de Saúde no conjunto de 42 municípios que pertenciam à área da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde em setembro de 2012 (16ª CRS/SES).

O Setor de Planejamento, Regulação e Auditoria da 16ª CRS/SES requisitou, ao longo do ano de 2011, formalmente, que cópia do Plano Municipal de Saúde (PMS) fosse remetida pelos municípios. O arquivo de cópia do plano faz parte das atribuições da repartição pública e a mesma serve para controle, avaliação e auditoria das ações e serviços públicos de saúde, nos termos do Decreto 1.651/95, anteriormente mencionado. Da mesma forma, cópia do PMS deve ser anexada ao Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), proposto pelo Ministério da Saúde e acessível em sítio de internet²⁷.

Segundo dados do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

²⁷ <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/>

(DAI/SGEP/MS), colhidos a partir do SARGSUS, em julho de 2013, 91% dos municípios brasileiros comportavam Planos de Saúde em vigor, havendo 7% sem Plano e em 2% dos municípios não constava informação. No caso do Rio Grande do Sul, 82% apresentam Plano em vigor e para 18% dos municípios não havia informação disponível (DAI/SGEP/MS, 2013). Em setembro de 2012, do total de municípios da 16ª CRS à época (42), 34 (80,9%) municípios tinham o seu PMS em vigor, 02 (4,7%) municípios tinham o seu PMS vencido e 06 (14,3%) municípios aparentemente não possuíam PMS.

O cenário indica que no Vale do Taquari, 08 (19%) municípios estavam irregulares no quesito Plano Municipal de Saúde, em desacordo com a legislação vigente quanto ao tema. Já dentre os 34 municípios com PMS em vigor, para a grande maioria destes o período de vigência encerrou-se no final de 2012 ou em 2013, coincidindo com o tempo de gestão política da administração municipal. O fato implica uma urgência para as gestões municipais que assumiram a gestão municipal em 2013 reiniciarem os processos de análise e construção de um novo PMS, em sintonia com a proposta vencedora no pleito eleitoral. Este processo de fato está em curso desde meados de 2013, capitaneado até certa medida pela SES, visto que os novos PMS devem estar alinhados regionalmente, considerando o processo de regionalização da saúde, prevendo medidas conjuntas no enfrentamento às fragilidades que a rede de saúde comporta, em todas as suas abrangências.

Entre os seis municípios que não tinham PMS, em setembro de 2012, dois tem entre cinco mil e 15 mil habitantes (Bom Retiro do Sul e Cruzeiro do Sul) e quatro têm população inferior a cinco mil habitantes (Capitão, Itapuça, São Valentim do Sul e Travesseiro). Percebe-se a concentração num foco problemático “não ter PMS” entre municípios de menor porte populacional. A questão nos remete a algumas interrogações em torno das razões efetivas destes pequenos municípios não terem PMS? Trata-se de incapacidade técnica e/ou política? É uma questão de gestão

da saúde local ou trata-se de um documento desnecessário na percepção dos atores sociais que conduzem a saúde destes municípios? Não é tema de esta pesquisa investigar estes pontos que, no entanto, são relevantes quanto ao desenvolvimento da política de saúde local.

Contudo, se considerado o rigor do instituído em lei, os 08 municípios que não tinham o seu PMS atualizado, vigente e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, não deveriam estar recebendo recursos estaduais e federais. No entanto, em consulta às informações financeiras quanto às transferências correntes da União aos municípios, disponível em sítio de internet²⁸, todos os municípios vêm recebendo o repasse regular, sem qualquer interrupção. O que se pode inferir a partir disso é que a “ameaça” de não haver repasse na inexistência do PMS não se efetivou.

Em que pese, no entanto, de não haver à época (2012) um instrumento de controle mais apropriado plenamente instituído, tal como o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), em implantação naquele momento, nos parece que a suspensão do repasse não se efetivou tendo em vista esta dificuldade de acompanhamento dos municípios. O próprio controle social, por meio dos Conselhos de Saúde, não primou pelo cumprimento da legislação, gerando o vácuo legal quanto à existência dos PMS. De toda forma, o SARGSUS pressiona a partir da esfera federal a implementação do PMS, na medida em que requer que os gestores anexem cópia do mesmo na plataforma virtual. Isto não significará a construção de Planos de Saúde efetivos e de qualidade, mas, por outro lado, implica em ao menos cumprir o instituído na Lei 8080/90 e legislação complementar.

Com efeito, a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 apregoa em seu artigo 22 que é vedado ao estado restringir o repasse de recursos na modalidade

²⁸<http://www.fns.saude.gov.br/consultafundoafundo.asp>

regular e automática aos municípios, visto serem transferências obrigatórias para a manutenção efetiva da assistência a saúde da população. No entanto, neste mesmo artigo se estabelece em seu artigo único que:

Parágrafo Único – a vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I – à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II – à elaboração do Plano de Saúde. (Lei Complementar 141)

O que se percebe desta leitura é o reforço da intenção de incrementar nas três esferas de governo a participação e o controle social como basilares na construção do sistema de saúde. Contudo, instituir o PMS como um instrumento de planejamento do campo da saúde não obedece necessariamente à prerrogativa da coerção via ameaça de sanções legais e econômicas. Ao menos nesta relação União/Municípios ou Estado/Municípios. Existir ou não um PMS passa por outros elementos, que talvez tenham a ver com o compromisso político do gestor em desencadear o processo ou participar dele, ativamente. Talvez passe também pelo envolvimento efetivo dos outros atores sociais agentes no campo da saúde, interessados (ou não) no desenvolvimento de políticas públicas de saúde segundo os princípios doutrinários do SUS, a integralidade, a equidade e a universalidade da assistência à saúde da população.

Na discussão em torno do imperativo ou não de termos o PMS é fundamental compreender quais as atribuições municipais no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. A Constituição Federal de 1988 inscreve estas primeiras atribuições ao definir a saúde como dever do “Estado” e, mais adiante, na Lei 8080/90, isto se definirá de forma mais efetiva na organização do Sistema Único de Saúde e as atribuições da União, Estados e Distrito Federal e municípios, como já referimos anteriormente.

Com efeito, levando-se em conta os imperativos legais instituídos e a previsão de que as políticas públicas de saúde no âmbito municipal estejam previstas e pensadas no texto de um PMS, conforme já mostramos anteriormente, nos cabe neste trabalho analisar o que de fato estes documentos registram no que concerne à questão.

A complexidade das situações de saúde e a exposição a diferentes situações de risco precisam ser compreendidas no interior dos PMS. Os atores sociais que compõem os conselhos usualmente ficam aquém de compreender que tais questões estão envoltas em disputas políticas e simbólicas envolvendo os distintos projetos e usos dos recursos públicos (CARVALHO, 2007). Para Moreira e Escorel (2010), em sentido mais amplo, as dimensões que estão em disputa nos CMS envolvem as políticas públicas, as instituições, os processos decisórios, as informações, a mobilização em prol do desenvolvimento tecnológico. Nesse contexto, a capacitação para o enfrentamento dos conflitos socioambientais, a articulação de forças políticas locais com uma visão inovadora no quesito dos PMS parecem fundamentais para a promoção da saúde ambiental e a equidade do acesso em condições favoráveis às políticas públicas de saúde.

O fato é que nem todos os municípios têm o seu PMS elaborado e aprovado pelo controle social, representado pelo CMS; ainda assim há um conjunto destes que têm o mesmo. Neste contexto, o que dizem os planos sobre estas responsabilidades que aproximam a Saúde e os requisitos Socioambientais?

“Nos tradicionais métodos de Planejamento e Gestão dos serviços de saúde, e até mesmo no caso da Programação, prevalece a subordinação radical do homem à Norma, ao Plano, ao Poder da hierarquia. O fato de a norma e o Plano serem construídos a partir de noções oriundas da Epidemiologia ou da perspectiva de ações coletivas para controlar doenças, não altera o caráter impositivo e burocratizado deste modo de organizar serviços” (CAMPOS, 2006b, p. 78).

A crítica de Campos (2006b) é relevante neste contexto e deve ser considerada, visto que ela nos remete à qualidade dos planos de saúde, enquanto

determinantes (ou não) das ações e serviços de saúde, perspectiva a ser analisada adiante.

4.3 Implementação da Política de Saúde no âmbito municipal

4.3.1 Saneamento/Resíduos/Água e a inserção nos Planos Municipais de Saúde

Tendo em vista os objetivos deste trabalho, foi avaliado um conjunto de 24 Planos Municipais de Saúde (PMS), todos em vigor à época da análise, formulados entre 2009/2010 e vigentes até os anos de 2012/2013, arquivados junto à 16ª CRS/SES/RS. Os PMS são de municípios da região do Vale do Taquari, a maioria de pequeno porte, com baixa densidade populacional, representativos da realidade regional/estadual, a certa medida.

Quadro 8: Os municípios e seus Planos Municipais de Saúde

	Município	Denominação da secretaria que engloba a área da saúde	Ano de aprovação do PMS no CMS	Vigência
1	Anta Gorda	Saúde	2009	2010/2013
2	Boqueirão do Leão	Saúde	2009	2010/2013
3	Canudos do Vale	Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente	2009	2009/2012
4	Coqueiro Baixo	Saúde	2010	2010/2013
5	Dois Lajeados	Saúde e Assistência Social	2010	2010/2013
6	Doutor Ricardo	Saúde	2009	2009/2012
7	Estrela	Saúde e Assistência Social	2009	2010/2013
8	Fontoura Xavier	Saúde	2012	2010/2013
9	Forquetinha	Saúde, Habitação e Assistência Social	2009	2009/2012
10	Ilópolis	Saúde e Assistência Social	2010	2010/2013
11	Imigrante	Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente	2010	2010/2013
12	Lajeado	Saúde	2009	2010/2013

13	Marques de Souza	Saúde	2009	2009/2012
14	Muçum	Saúde	2011	2010/2014
15	Nova Bréscia	Saúde e Meio Ambiente	2010	2010/2013
16	Poço das Antas	Saúde e Assistência Social	2010	2010/2013
17	Pouso Novo	Saúde, Trabalho, Habitação e Assistência Social	2010	2010/2013
18	Putinga	Saúde, Trabalho e Assistência Social	2009	2009/2012
19	Relvado	Saúde e Meio Ambiente	2010	2010/2013
20	Sério	Saúde e Assistência Social	2009	2010/2013
21	São José do Herval	Saúde e Assistência Social	2010	2009/2012
22	Tabaí	Saúde, Meio Ambiente e Assistência Social	2010	2010/2013
23	Teutônia	Saúde	2010	2010/2013
24	Vespasiano Corrêa	Saúde, Meio Ambiente e Ação Social	2009	2009/2012

Dados: coletados para a pesquisa.

No quadro 8 estão listados os municípios dos quais os PMS passaram por análise. Uma primeira constatação cabível de análise diz respeito às denominações diversificadas da representação pública responsável pela saúde. Das 24 secretarias, 9 (37,5%) cuidam exclusivamente da saúde, havendo portanto outras 15 (62,5%) que associam esta responsabilidade com outras áreas, tais como a assistência social (em 11 municípios), o meio ambiente (em 6 municípios), a habitação e o trabalho (em dois municípios cada).

Em se tratando de municípios pequenos, a associação de diferentes áreas na mesma secretaria parece ter a ver com a racionalidade administrativa, definindo a pasta com a dimensão do trabalho a ser realizado. Em princípio, o fato de haver estruturas administrativas que conjugam saúde e outras áreas poderia ser motivo para qualificação da intersetorialidade, integrando as práticas em torno das finalidades comuns, muito embora o número de servidores reduzido possa ser um impeditivo para tal avanço. A intersetorialidade pressupõe o planejamento conjunto a partir de questões e dilemas que são afins e, nesta medida, o diagnóstico da

situação, a definição de metas e o desenvolvimento de ações efetivas potencializam as políticas públicas (ANDRADE, 2006).

Os PMS foram construídos em 2009 (11) e 2010 (11), havendo apenas dois municípios em que eles são mais recentes (Muçum, 2011 e Fontoura Xavier, 2012). À exceção do PMS de Muçum, que tem vigência até 2014, todos os outros expiraram ou no final de 2012 ou no final de 2013, conforme se visualiza no quadro 8. Esta constatação está relativamente de acordo, para a maioria dos casos, ao tempo de governo, pois a gestão pública municipal que se encerrou no final de 2012 tomou posse em janeiro de 2009. Neste sentido, apenas um grupo de municípios (11 – 45,8%) elaboraram seus planos de saúde no primeiro ano de gestão, indicando adequação ao preconizado pela legislação (BRASIL, 2012). Por outro lado, 54,1 % (13) formularam seus Planos de Saúde entre 2010/2012, já com o seu tempo de governo em curso.

Os respectivos planos municipais de saúde foram analisados em seu conteúdo, segundo proposto por Bardin (2004) buscando-se identificar em seu texto a incidência temática da descrição das políticas públicas setoriais e intersetoriais pautadas por uma leitura das questões socioambientais relacionados ao destino do lixo (resíduos sólidos), qualidade da água e esgotamento sanitário cloacal. Para tanto, por procedimento de pesquisa, os documentos foram lidos/investigados e em planilha específica foram registrados dados quanto:

- Se há nos documentos menção de um diagnóstico situacional sobre os três temas, permitindo-se inferir que estes são da preocupação da gestão local e do conselho de saúde que avaliou e aprovou o texto;
- Se estão disponíveis informações acerca da situação do abastecimento de água e do controle de sua qualidade, tendo em vista o consumo humano;
- Se os documentos avaliados identificam a situação do esgotamento sanitário;

- Se a produção, manejo e destino dos resíduos sólidos (lixo) estão presentes no PMS;
- Se estão descritos programas específicos, projetos ou políticas públicas em execução e que contemplem os temas foco deste trabalho;
- Ou se, mesmo sem estar em execução, há a proposta ou plano de ação dirigido à questão do lixo, esgoto ou água e, por fim;
- Se há nos documentos analisados menção quanto à responsabilidade pela condução dos temas, de alguma forma.

Os dados colhidos na análise dos 24 PMS foram compilados, permitindo-se a inferência e reflexão sobre as informações contidas nas mesmas. De antemão, é importante realçar que determinado tema constar no PMS não significa, necessariamente, que o mesmo esteja em pleno desenvolvimento nas ações e serviços de saúde local. Trata-se, antes de tudo, de uma intenção institucionalizada em documento formal e que poderá balizar a atuação da gestão municipal, na definição de diretrizes de governo. Em tese, o que consta no PMS deveria ser compromisso efetivo assumido e pactuado entre a gestão e o controle social.

Compreende-se o Conselho de Saúde como estrutura institucional inserida num sistema de saúde, no desempenho de um papel social atribuído e legitimado, na medida em que lhe são designadas “tarefas” relacionadas à fiscalização e deliberação das políticas de saúde. Neste contexto, deveria conceber a saúde como determinada socialmente e, portanto, numa perspectiva ecossistêmica, conforme propõe Minayo (2002). A ação é condicionada pela estrutura do sistema de saúde, que dimensiona o papel dos atores sociais inseridos neste cenário. A falta de uma ação mais concreta é uma possibilidade derivada das relações de poder que se desenvolvem no âmbito da institucionalização, como relações de poder, inclusive a partir do campo da saúde.

4.3.2 Análise dos dados coletados referentes aos PMS dos municípios investigados

Na análise dos 24 PMS um primeiro fato merece ser mencionado: há uma grande variedade de formas de descrever os respectivos planos, desde aqueles mais sucintos até outros mais elaborados, tanto no conteúdo quanto na extensão, em número de páginas. O fato em si denota que, à época da elaboração dos PMS não havia a oferta de um modelo/roteiro, o que permitiria um acompanhamento externo mais qualificado, a nosso ver. De uma forma geral, a falta de padronização no desenvolvimento de um diagnóstico situacional e da sistematização de uma intervenção operacional nos parece um obstáculo para um processo de planejamento estratégico de maior envergadura.

No contexto do PMS, conforme proposição do Ministério da Saúde, o diagnóstico situacional fundamenta o processo de planejamento da saúde, ao proporcionar elementos de leitura da realidade local e, através destas informações torna-se possível vislumbrar um espectro específico das condições de saúde-doença e, concomitantemente, podem-se propor ações com o objetivo de sanar aspectos detectados num diagnóstico (BRASIL, 2006d).

No que se refere aos conflitos ambientais, apesar de haverem sido organizadas publicações sobre os mesmos e encontrarmos certa quantidade de informações disponibilizadas por múltiplas fontes, há de se questionar neste caso a capacidade de compreensão ou interpretação dos dados com uma apropriação devida para o PMS. Observando a conjuntura regional, a causa de muitos conflitos, frequentemente não explicitados, como a modernização da produção agrícola, o agronegócio e os impactos deste modelo de desenvolvimento sobre as cidades e a saúde dos cidadãos não demandam ação dos atores sociais (RUSCHEINSKY, 2009).

Sobre o olhar dos conselheiros pesa a força material e ideológica do projeto de desenvolvimento posto à prova, sendo que o mesmo está fortemente embasado na crença em que tal modelo é o pressuposto da erradicação da pobreza, bem como da

promoção das condições de atendimento à saúde (RUSCHEINSKY, 2009). Isto coloca o desafio imenso sobre as condições de formular alternativas e de pensar o processo social como uma sociedade sustentável do ponto de vista da saúde ambiental e democrática no processo decisório, mesmo que se proponham instrumentos a partir da esfera pública.

O PlanejaSUS²⁹ foi estratégico na segunda metade da década de 2000 ao propor uma metodologia atinente ao diagnóstico situacional da condição de saúde e a proposição de medidas relativas aos diagnósticos identificados (BRASIL, 2006d). Todavia, levando-se em conta a proposta do PlanejaSUS, são poucos os municípios investigados que estão próximos a um ideal de diagnóstico situacional. Cabe ressaltar que não é o caso de propormos que os planos devam ser similares em seu conteúdo ou forma, mas, a partir do que se constatou na leitura/releitura dos documentos, a diversidade encontrada indica certa falta de propósito no que está inscrito como avaliação da realidade e proposição de políticas, diminuindo a qualidade do produto gerado no esforço descritivo quanto à realidade vivenciada nos municípios em tela.

Entre os 24 municípios apenas 4 (16,6%) fazem uma análise um pouco mais abrangente na descrição da realidade saúde-doença e na capacidade operacional de enfrentar as questões identificadas num diagnóstico, quais são Putinga, Boqueirão do Leão, Estrela e Teutônia. Há 7 (30,4%) municípios que podemos considerar no outro extremo, que praticamente nada inserem no documento que permita diagnosticar questões relativas a água, saneamento ou resíduos (Doutor Ricardo, Ilópolis, Muçum, Pouso Novo, São José do Herval, Sério e Vespasiano Correa). Para os demais municípios, estes se encontram com o diagnóstico situacional numa posição intermediária, havendo municípios que se fixam na descrição sociodemográfica, caracterizando o município, tanto no meio rural quanto urbano. Já outros municípios

²⁹ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1098

fazem referência às questões ambientais, mas de forma genérica, acusando dificuldades com efluentes, ou aterro sanitário, mas sem dimensionar o grau desta dificuldade.

Ainda no que se refere ao diagnóstico situacional, é recorrente a preocupação de alguns gestores ou funcionários em descreverem os serviços e práticas de saúde que são desenvolvidos no âmbito municipal, tanto na assistência quanto nas ações de vigilância em saúde. Neste quesito, chama a atenção que a água aparece com certa frequência, sendo indicada por pelo menos 5 municípios (Dois Lajeados, Imigrante, Muçum, Poço das Antas e Westfália), que referem ações dirigidas à qualidade, por meio de análises periódicas, o que, aliás, é questão legal, de responsabilidade municipal a partir das atribuições da vigilância em saúde (BRASIL, 2007).

Por fim, outro ponto que chama a atenção é a preocupação de alguns municípios em alongar-se na descrição da política de saúde, com texto amparado na legislação. Neste sentido, inclusive, alguns documentos são muito similares, praticamente iguais em parte de seu conteúdo, permitindo concluir que alguns PMS foram copiados/construídos a partir de modelos pré-definidos e adaptados à realidade municipal.

Em síntese, o que se percebeu na avaliação do diagnóstico situacional das condições de saúde-doença nos 24 municípios investigados diz respeito a certa fragilidade dos documentos, os quais nos pareceram pouco elucidativos para o pensamento estratégico, na forma de subsídios para um processo de planejamento consistente.

4.3.3 Informações quanto ao abastecimento de água e sua qualidade

Na análise das informações quanto à água, destaca-se que 5 municípios (Lajeado, Pouso Novo, Fontoura Xavier, Teutônia e Relvado) não apresentaram nenhuma informação sobre ações em desenvolvimento, havendo ainda mais 2 municípios (Putinga e Sério) com uma descrição sucinta sobre o tema. No caso de Sério, cita apenas que “dois poços artesianos abastecem a sede, que tem 20% da população do município [...] Os 80% dos moradores do interior têm água de fontes naturais” (PMS de Sério). Já para o município de Putinga, destaca que “55,3% das pessoas tem acesso à água via nascentes e 43,9% por rede pública” (PMS de Putinga). A água, em que pese ser preocupação constante da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010, 2012b), passou ao largo dos PMS destes municípios, ao menos no texto de seus PMS.

No entanto, já para os demais 17 (70,8%) municípios, são descritas uma série de iniciativas relacionadas ao controle da qualidade da água, ligadas essencialmente ao VIGIÁGUA³⁰, programa federal de vigilância da qualidade da água à que os municípios estão sujeitos dentro do processo de descentralização da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2004). O próprio sítio de internet indicado na nota de rodapé informa que

O consumo de água segura é de importância fundamental para a sadia qualidade de vida e de proteção contra as doenças, sobretudo aquelas evitáveis, relacionadas a fatores ambientais e que têm afligido populações em todo o mundo. A vigilância da qualidade da água para consumo humano é uma atribuição do Setor Saúde há mais de três décadas e consiste em um conjunto de ações a serem adotadas pelas autoridades de saúde pública objetivando garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente. A avaliação dos riscos à saúde humana, representada pela água utilizada para consumo humano também constitui uma premissa da vigilância da qualidade da água. As atividades da vigilância devem ser rotineiras e preventivas, sobre os sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água, a fim de garantir a redução das enfermidades transmitidas pela água de consumo humano.

³⁰ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1255

Neste sentido, pelo menos 12 (50%) - Anta Gorda, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Dois Lajeados, Estrela, Imigrante, Marques de Souza, Muçum, Poço das Antas, São José do Herval, Tabaí e Vespasiano Corrêa - municípios informaram com propriedade as condições de abastecimento tanto na zona rural quanto urbana. No meio rural, inclusive, foi citado que existem pequenas localidades com dificuldades de acesso à água potável e, em muitos locais a solução nasceu da formação de associações comunitárias com o fim específico de fornecer água aos associados, via redes de abastecimento, com captação de água em poços artesianos, majoritariamente. Neste sentido, exemplificando, Tabaí cita em seu PMS que em parte do interior a água é fornecida através de “poços artesianos e rede formada por associações [sendo feita] coleta periódica, a água é com cloração e fluoretação”. O município pondera ainda que apenas 300 famílias (20%) do total de famílias têm abastecimento, sendo os demais por fontes naturais, em poços.

Com efeito, a análise documental demonstra que o tema ‘água’ não se caracteriza como uma prioridade dentro do PMS, que deveria ser meio condutor do sistema de saúde local. Trata-se de um tema menor, tangenciando os temas maiores, relacionados explicitamente a doenças e agravos. Apesar de haver referência à água em uma série de PMS, não há maior aprofundamento no tema, além do essencialmente requerido e inserido nas ações básicas do VIGIÁGUA, quais são coletar periodicamente amostras de água e identificar, via análise, a incidência ou não de coliformes fecais, a potabilidade e a composição química (BRASIL, 2004).

4.3.4 Informações quanto ao esgotamento sanitário/saneamento básico

Os PMS dos 24 municípios também têm poucas informações sobre os temas “esgotamento sanitário e saneamento básico”. Em 14 (58,3%) planos não há nenhuma

referência³¹ e na maioria dos demais se apresenta apenas uma rápida descrição das condições atuais, a partir da consulta a sistemas de informação, especificamente dados do IBGE e do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica). Alguns municípios referem que o esgoto não recebe destino adequado, não clareando o que se quer dizer com isto. Outros informam apenas a existência de rede pluvial cloacal em parte da cidade, atrelando a responsabilidade à CORSAN (Companhia Riograndense de Saneamento).

As informações colhidas permitem inferir que não há uma ação sistemática quanto ao conjunto das dimensões que compreendem o saneamento básico público, o qual aparentemente não é percebido como tema da saúde pelos atores sociais envolvidos na proposição do PMS. Não há nenhum PMS que se destaque positivamente neste tema, tanto na definição do quadro atual quanto na instituição de ações concretas voltadas ao esgotamento sanitário. A falta de informação pode ser considerada homogênea.

4.3.5 Informações quanto à produção, manejo e destino de resíduos sólidos (lixo)

Entre os 24 municípios, 9³² não informam nada em seus PMS sobre resíduos sólidos. Entre os demais, alguns dão informações sucintas, dizendo que o lixo é recolhido duas a três vezes por semana, não indicando o destino. De outro modo, pelo menos 4 indicam claramente como destino final o aterro sanitário de Minas do Leão (Canudos do Vale, Imigrante, São José do Herval e Tabai). Há ainda outros que

³¹ Municípios sem referência a esgotamento sanitário em seus PMS: Anta Gorda, Boqueirão do Leão, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Estrela, Fontoura Xavier, Imigrante, Lajeado, Poço das Antas, Pouso Novo, Relvado, Tabai, Teutônia e Vespasiano Corrêa.

³² Anta Gorda, Doutor Ricardo, Estrela, Fontoura Xavier, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Poço das Antas, Pouso Novo.

informam ter seu próprio aterro sanitário, como é o caso de Teutônia, que acrescenta que o recolhimento ocorre diariamente na área urbana e uma vez por mês nas localidades do interior. Não há referências nos PMS de nenhum município quanto a políticas de reciclagem ou coleta seletiva perene.

Em municípios menores, como Boqueirão do Leão, o qual tem uma área rural extensa, aparece com frequência o litígio da queima do lixo ou mesmo o enterro deste. Não é um caso isolado, pelo menos mais 5 municípios (Canudos do Vale, Forquetinha, Poço das Antas, Putinga e Sério) informaram o mesmo sintoma e preocupação. Tal questão talvez tenha a ver com a extensão territorial maior, que dificulta a coleta pública e, portanto, deixa poucas alternativas à população. Também vale realçar que os seis municípios são de pequeno porte e, talvez, com dificuldades de implementar uma política de recolhimento periódica nas áreas rurais, frente aos custos que tal iniciativa representa.

Nenhum município referiu informações mais consistentes sobre os montantes, a quantidade ou qualidade dos resíduos sólidos/lixo coletados, à exceção de Tabai, o qual informou uma estimativa de seis toneladas produzidas semanalmente. O que se pode depreender das informações coletadas é que nos PMS não se considera esta temática com profundidade e, por conseguinte, será difícil propor alternativas viáveis para enfrentar o tema, em não havendo sequer informações básicas.

4.3.6 Políticas, programas e projetos em execução e ou propostos nos PMS

Os PMS avaliados apresentam, em média, poucas informações sobre as políticas/programas ou projetos relacionados aos pontos de foco socioambiental em execução. Na realidade, nos PMS de 10 municípios³³ não há nada, efetivamente, relatado.

Entre as ações que são descritas como em realização nos outros municípios, temos o controle da qualidade da água como a principal prática, citada em 7 PMS, apenas. Ações como a vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e a implantação de redes de água nas comunidades do interior também são citadas, mas de forma genérica, sem aprofundamento ou especificação quanto a responsáveis ou outras informações complementares.

Uma interrogação que nos surge a partir do mapeamento inicial dos PMS é em que medida este documento serve para apoiar a luta de populações em seus territórios para descortinarem projetos e políticas consideradas sustentáveis, com o intuito de debelar os mecanismos prejudiciais à saúde. A quase unanimidade dos municípios mantém seus PMS praticamente estéreis à proposição de um debate substanciado sobre os problemas ambientais locais e, por conseguinte, implica crer que os atores sociais participantes dos CMS não estão atentos à problemática.

Neste sentido, apenas dois municípios apresentaram descrições um pouco mais potentes quanto às ações em desenvolvimento à época de elaboração do PMS. Ambos os municípios, é interessante notar, em seus PMS pecam, de certa forma, na descrição das políticas propostas, mas, ao mesmo tempo, têm já práticas citadas e em execução e que são relevantes no âmbito local. O município de Boqueirão do Leão informa “ações para o saneamento básico, destino adequado do lixo e tratamento da

³³ Anta Gorda, Doutor Ricardo, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Marques de Souza, Poço das Antas, Pouso Novo, São José do Herval e Vespasiano Corrêa.

água”, sem aprofundar, no entanto, quais são estas ações, em detalhes. Contudo, na análise global do plano deste município percebe-se que apresenta mais qualidade, sendo bem descritivo e propositivo. O segundo município é Putinga, que em seu plano refere a “inspeção de residências e empresas quanto ao destino do esgotamento sanitário, destino de resíduos sólidos domésticos e industriais, criação de animais em ambiente urbano, destino do dejetos de suínos e queima de resíduos”. Além disto, elenca uma série de outras atividades atinentes à vigilância ambiental e sanitária, demonstrando, ao menos no papel, realizar um trabalho diferenciado neste campo, comparado com seus pares da região.

No processo de planejamento das ações e serviços de saúde, a partir do diagnóstico da realidade da vida, propor diretrizes impõe o desenvolvimento das políticas de saúde (BRASIL, 2006d). Nos PMS em análise, no entanto, vislumbra-se a falta de uma descrição mais apurada das propostas, quando é que são apresentadas. No quadro 9 estão elencados os temas inseridos pelos municípios no que tange à questão da água, do saneamento básico e dos resíduos. Em 11 municípios não há nenhuma referência. Nos demais, descrições simplificadas sem a indicação clara de responsabilidades, metodologias, objetivos e metas.

Quadro 9: Ações propostas nos PMS quanto aos problemas socioambientais

Municípios	Ações e práticas propostas relacionadas aos problemas socioambientais.
Doutor Ricardo, Forquetinha, Ilópolis, Marques de Souza, Poço das Antas, São José do Herval, Vespasiano Correa, Anta Gorda, Lajeado, Teutônia e Estrela	Nenhuma ação descrita.
Canudos do Vale, Dois Lajeados, Muçum, Sério, Tabai, Boqueirão do Leão, Fontoura Xavier.	- Ações relacionadas ao lixo (conscientização, coleta, reciclagem). - Educação para a coleta seletiva.
Coqueiro Baixo, Canudos do Vale, Dois Lajeados, Imigrante, Muçum, Nova Brésia, Pouso Novo, Relvado, Sério, Tabai, Boqueirão do Leão, Fontoura	- Qualidade e abastecimento da água para consumo humano.

Xavier.	
Coqueiro Baixo, Muçum, Putinga, Boqueirão do Leão, Fontoura Xavier.	- Vigilância sobre os agentes poluidores / saneamento básico. - Implantação de fossas sépticas com sumidouro. Monitorar o destino adequado de dejetos
Pouso Novo	Na proposição lista problemas quanto ao saneamento básico/esgoto, identificando causas ambientais. Refere-se ao lixo, destino de vasilhames de agrotóxicos, desmatamento, monitoramento da qualidade do ar, água e fluoretação da mesma. No entanto, não apresenta propostas efetivas quanto aos apontamentos.

Fonte: informações colhidas pelo autor.

O que se percebe no quadro 9 é que aparentemente os temas não suscitam maiores preocupações, devido à escassez de referências e de propostas mais efetivas, sem definição de responsáveis pela condução das ações ou qualificação/quantificação destas propostas. Todavia, o fato de haver municípios que citam a questão ambiental já pode de alguma forma servir de alento frente à total ausência do debate em outros, pelo menos nos PMS.

4.4. Políticas Públicas e as relações entre os atores estatais e societais

No contexto dos municípios investigados, à priori, podemos afirmar que nenhum plano aprofunda adequadamente o debate sobre as políticas, ações e serviços a serem implementados e que relacionam o tema saúde às questões ambientais, especificamente quanto ao saneamento básico. Em que pese haver um conjunto de citações, ainda assim os PMS são claramente direcionados ao diagnóstico epidemiológico relativo ao processo de adoecimento da população e a proposição de medidas de intervenção, via medicalização dos processos assistenciais.

A questão que nos remete à reflexão são as razões para esta ausência dos problemas socioambientais e, de saída, podemos atribuir certa responsabilidade ao

gestor/ator estatal, na medida em que no contexto é dele que parte a condução primordial das prioridades a partir do fato que detém um conjunto de informações que os outros atores sociais não dispõem. Cortes (2009b) afirma que o ator estatal é determinante na definição das políticas públicas, na medida em que a instituição age sobre os atores sociais, especificamente aqueles que concentram menor capital político e desta forma induz a ação dos atores (p. 24). Acrescenta que os “atores – estatais e sociais – são vistos agindo no contexto de constrangimentos institucionais, tentando influenciar políticas estatais” (p. 25), mas afirma nos atores estatais a potência para a definição.

Neste sentido, Souza (2007) traz ao debate o conceito de políticas públicas, referindo que a definição mais conhecida é atribuída a Laswell, de 1936, qual é que “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz” (p. 68). Quando nos referimos a políticas públicas, assumimos a concepção proposta por Souza, a qual define como

“o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) [e] constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (2007, p. 69).

A autora ainda vai propor extensa análise sobre as tipologias das políticas públicas, chamando a atenção para o campo teórico do neo-institucionalismo, “o qual enfatiza a importância crucial das instituições/regras para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas” (SOUZA, 2007, p. 81). Acrescenta que os ramos desta teoria nomeados de institucionalismo histórico e o estruturalismo contribuem na compreensão quanto à definição das políticas públicas a partir dos atores sociais que decidem, os quais se ancoram sobre a ação racional mas que “também depende das percepções subjetivas sobre alternativas, suas consequências e avaliações dos seus possíveis resultados” (p. 81).

Ao se referir ao neo-institucionalismo, Cortes (2009) destaca que “o neo-institucionalismo histórico [...] pode ser considerado como uma corrente peculiar [...] tendo em vista a ênfase que atribui ao papel dos atores estatais e às relações entre estes e os atores sociais” (p. 24). A autora destaca o papel das “estruturas e instituições como determinantes da ação” (p. 25), incorporando a noção de agência, que vem a ser a ação em torno da mudança social. Neste sentido, a autora traz ao debate, ainda, a teoria político-institucional, fazendo referência a Amenta (2005) qual “mantém o argumento de que instituições estatais influenciam fundamentalmente a vida política, porém está atenta para a interação entre atores” (p. 25).

Em síntese, em que pese a possibilidade de análise das políticas públicas a partir de diferentes perspectivas, nos interessa o foco segundo “as redes de relações entre atores estatais e entre estes e atores sociais” (p.27). Considerando nosso olhar sobre os Conselhos de Saúde e o encontro de ao menos quatro personagens tão heterogêneos quanto o gestor, o representante do hospital, o profissional da saúde, o usuário dos serviços, é neste aspecto que nos atemos na definição de prioridades e no desenvolvimento de ações que levem à construção de um Plano Municipal de Saúde que seja expressão da necessidade dos usuários do SUS local.

5. O CONSELHO DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO E NA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Na construção deste trabalho, nos capítulos anteriores vimos descritos os requisitos para o município desenvolver políticas públicas de saúde de forma ampliada e que aproxime o campo da saúde inclusive com os riscos socioambientais. No capítulo anterior, no entanto, em análise dos Planos Municipais de Saúde, percebemos que nos documentos que deveriam servir de guia para a implantação das ações e serviços de saúde, os temas relativos à água, ao esgotamento sanitário e resíduos sólidos, estão subdimensionados, de uma forma geral, embora estejam presentes em alguns municípios mais que outros, de forma heterogênea.

Os Planos Municipais de Saúde, conquanto sejam documentos normativos são formulados a muitas mãos, a priori, com a participação da gestão e sua expertise, e do controle social, via conferências de saúde, periodicamente, e conselhos de saúde, mensalmente (BRASIL, 2006d). Neste contexto, os conselheiros de saúde desempenham função importante dentro da construção do SUS, considerando seu poder deliberativo e fiscalizador, atribuído pela Lei 8142, de 1990 (CARVALHO, 1995).

Os conselhos instituem uma nova modalidade de relacionamento da sociedade com o Estado. Esses fóruns possibilitam a aproximação e a inserção da sociedade civil nos núcleos decisórios, constituindo-se em instrumento de democratização do Estado (BISPO JUNIOR e GERSHMANN, 2013, p.8)

A partir da democratização do processo de construção das políticas públicas de saúde no Brasil, no período pós-Constituição Federal de 1988, a participação do conselheiro na elaboração do PMS é um dos momentos em que se dá a participação da comunidade, na medida em que é neste foro que se debate (ou que se deveria debater) a condição da saúde municipal e se elaboram as prioridades para o período vigente do PMS em formulação. Neste sentido, Cortes (2001) no início da década passada realizou um balanço das experiências de controle social pela possibilidade de participação de usuários, para além dos conselhos e conferências e em artigo de 2007 enfoca o arcabouço institucional e organização do movimento popular em face do intuito de viabilizar a participação em conselhos municipais de políticas públicas.

Ainda há que se considerar que a participação em saúde se dá por outros atores na conformação das políticas de saúde, como exemplo quando o Conselho apela para o judiciário no sentido de forjar que suas deliberações tenham um caráter legal e prioritário. O Ministério Público e outras decisões judiciais quando concedem ou garantem algum tratamento específico tem como fundamento de que “o direito à saúde é um direito individual a atendimento médico ilimitado, é sustentável apenas à custa dos princípios de equidade e universalidade estabelecidos na Constituição” (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p 246). A interrogação se refere ao fato de que destinar medicamentos ou atendimento ilimitado a alguns leva ao limite à assistência possível nos serviços e ações para outros.

O Plano (Federal/Estadual/Municipal) de Saúde é a projeção das diretrizes, objetivos, metas e definição de indicadores de avaliação e, portanto, documento fundamental para o acompanhamento das políticas públicas de saúde, em toda sua multidimensionalidade (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE RS, 2013). Constituindo-se, pois em documento de tamanha relevância, há de se esperar que a sociedade participe ativamente, visando defender as diretrizes de seu interesse, ao menos no cenário ideal.

No presente capítulo nos detemos neste ponto. Percebemos que os PMS apresentam um grau de fragilidade no seu conteúdo relativo ao tema desta tese e, neste sentido, recorreremos a prática investigativa de ouvir conselheiros de saúde em exercício da sua função, buscando compreender a dinâmica dos espaços em que estão inseridos, a sua interpretação quanto ao seu papel, o papel do conselho, a definição de prioridades e as questões que relacionam saúde e ambiente. A descrição e a análise destes encontros se dão adiante.

A presença do cidadão comum não especialista – o usuário do SUS - opinando na análise das condições de saúde, na definição de prioridades, na avaliação dos investimentos e na fiscalização da aplicação dos recursos é algo relativamente novo no cenário político brasileiro (CARVALHO, 1995; PEREIRA NETO, 2012). Carvalho (1998) destaca que esta democratização do Estado via participação da sociedade por meio de conselhos, especialmente a partir da década de 1990 define novas perspectivas na construção das políticas públicas, ao aproximar governo e sociedade. No entanto, esta conquista da participação se dá na luta pela democracia participativa, desde o período da ditadura militar, na reivindicação por outro modelo de atenção à saúde, pelo direito de acesso integral (PAIM, 1997).

Krischke (2003) destaca que “o processo de democratização pode ser interpretado como a emergência e o acesso gradual de novos atores à esfera pública” (p. 93), o que qualifica a cena política ao incorporar posições políticas divergentes daquelas hegemônicas, à priori. O autor acrescenta que se trata de um processo com muitos obstáculos, pois significa um confronto entre o poder instituído/construído historicamente, centralizado em elites políticas dominantes, e estes novos atores.

Neste sentido, as décadas de 1970/1980 foram marcantes no processo de redemocratização do país, via (re) articulação de novos movimentos sociais, fortalecimento do sindicalismo, principalmente na região do ABC paulista e a contestação popular à política nacional liberal, a qual se amparava num discurso

desenvolvimentista, mas com amplas deficiências na oferta de políticas sociais, o que se reflete em indicadores sociais precários (KRISCHKE, 2003; OLIVEIRA, 2007). Como já referimos anteriormente neste trabalho, é neste contexto que se articula o movimento da Reforma Sanitária. Ele se organiza no enfrentamento da desigualdade social, no questionamento das iniquidades em saúde que estabelecem indicadores de morbidade e de mortalidade preocupantes. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) são entidades que surgem a esta época (final da década de 1970) movidas pela lógica de discutir o sistema de saúde no Brasil. Movimentos sociais, academia, setores progressistas da Igreja, diferentes atores sociais, aproximam-se em torno da reivindicação de um sistema de saúde sobre bases mais democráticas, com enfoque participativo e buscam um sistema de saúde integral (PAIM, 1997; 1999; MINECUCCI, 2007; HOCHMANN, 2013).

Nogueira (2005) destaca a crise de governabilidade que aflora no governo do presidente Figueiredo (1979/1985), de caráter político e econômico, e que fortalece aspirações mais democráticas a partir da articulação dos movimentos sociais e partidos políticos de oposição. Ganha projeção, também, o apelo por eleições diretas à presidência da República, via movimento Diretas-Já, em 1984. O país passava grave crise econômica, na medida em que sua economia encontrava-se fortemente dependente do capital internacional (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Oliveira (2007), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Partido dos Trabalhadores (PT), as Comunidades Eclesiais de Base (CEB), são exemplos desta reestruturação das forças reivindicatórias nascidas na época, na forma de uma “nova sociabilidade e uma nova política [...] (surgidas) das classes dominadas” (p. 20).

Segundo Paim (1997), no caso da saúde, o movimento da Reforma Sanitária se potencializa na década de 1980, na luta pela democratização do acesso aos serviços

de saúde; esta articulação atravessa toda a década de 1980 e influi no cenário nacional quanto às discussões em torno da política de saúde a ser implantada a partir do novo texto constitucional, em debate na Constituinte que ocorreria na segunda metade desta década.

A Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi determinante para este movimento e exerceu grande influência na constituinte em curso, sendo determinante no surgimento do SUS. A Constituinte foi um processo em que afloraram grandes momentos de dissenso, na medida em que interesses divergentes se confrontaram (BRASIL, 2006).

Oliveira (2007) destaca que é da política o conflito, na fricção entre posições dominantes e dominadas, fato verificado no processo constituinte, no qual forças de diferentes setores sociais estiveram representadas. Krischke (2003) chama a atenção para o fato que o ambiente de negociações para a formulação do texto constitucional foi de embate entre posições irreconciliáveis, o que deixou lacunas importantes, tanto que uma reforma constitucional estava prevista para 1993, depois transferida por tempo indeterminado.

Neste processo, Krischke (2003) aponta como positivo a juridificação das relações na sociedade, reconhecendo-se o ator social como determinante político na esfera pública, embora haja ainda certa debilidade na correlação de forças entre os representantes incluídos nos círculos de decisão, o que implica em políticas não totalmente democráticas. Vanderlei e Witt (2003) destacam os conselhos de saúde que foram implantados nos municípios a partir daí, constituindo-se em novo espaço de gestão colegiada, voltado às questões locais e neste sentido, com condições de decidir a partir das demandas/problemas percebidos pelos atores sociais participantes.

“A consolidação do processo de juridificação, em amplas áreas de encontro, entre as demandas da sociedade e as políticas públicas, continuará dependendo, [...] da capacidade dos novos atores sociais para emergir como atores políticos na esfera pública” (KRISCHKE, 2003, p. 122).

Krischke aponta para esta capacidade dos atores sociais desempenharem uma posição de poder, para “emergirem como atores sociais”, o que nos remete a discussão em torno do poder simbólico que os mesmos carregam em suas trajetórias sociais e, diante disto, o capital político que se institui no campo em questão que, no caso da saúde, é o conselho de saúde. Tal discussão voltará à cena mais adiante, durante a análise dos discursos dos entrevistados.

Do ponto de vista das conquistas sociais, na forma de políticas que se aproximem das demandas da população, a nova Constituição não representa avanços imediatos, visto que ela é aprovada em 05 de outubro de 1988, período atribulado no país, o qual passava por séria crise econômica e um quadro de hiperinflação (BRASIL, 2006). O Brasil está à mercê da política econômica internacional, sem capacidade de enfrentar os movimentos propostos pelo Fundo Monetário Internacional e sua política liberal atrelada à economia de mercado (Paim, 1999b).

Esta situação, atrelada ao modelo de governo neoliberal instituído pelo governo de Fernando Collor, iniciado em março de 1990, determinou que os anos seguintes fossem claudicantes, segundo Nogueira (2005), na medida em que ainda “por volta de 2000/2001 [...] o Brasil continuaria a exibir níveis vergonhosos de pobreza e exclusão [...] cerca de dois terços da população (mais de 100 milhões de pessoas) obtinham uma renda mensal menor de U\$ 150” (p. 24), opinião corroborada por Wanderley (2008).

No caso da saúde, Carvalho (2007) destaca que este período foi determinante para a implantação do SUS e caracterizou-se pelo subfinanciamento da área da saúde, a qual não foi tratada como prioridade, o que atrasou a sua implementação de acordo com o que está preconizado na CF/1988.

“A combinação de trabalho barato com a financeirização do capital gerou o fenômeno formidável da sobredeterminação do capital financeiro em relação ao capital produtivo, talvez sem paralelo com qualquer outra época do sistema [...]” (OLIVEIRA, 2007, p. 26).

É neste contexto que, na contramão do modelo neoliberal em implantação no país, inicia-se o Sistema Único de Saúde e amplia-se o espaço para a discussão das políticas públicas, via conselhos de saúde. De imediato se percebe que o ambiente não é o mais adequado a inovações quanto ao controle da sociedade sobre o governo, havendo resistências explícitas à inovação.

5.1 Descentralização político-administrativa e o advento do Controle Social

A região da 16ª CRS é predominantemente formada por municípios muito pequenos geograficamente e com pouca população, como já abordamos anteriormente, os quais são dependentes da articulação regional da SES para garantir assistência à sua população, especialmente em atendimentos de média e alta complexidade tecnológica.

No caso da saúde, como já referimos anteriormente, a década de 1990 foi marcada pelo processo de municipalização da saúde, Ao exemplo do Rio Grande do Sul, que deu vida a seu Conselho de Saúde apenas em 1994, a maioria dos municípios passa a constituir seus Conselhos por meio de Lei Municipal na segunda metade da década de 1990, tendo em vista ao imperativo legal de atender ao inscrito na normatização. Isto implica reconhecer que o controle social (Conselho de Saúde) se implanta efetivamente a partir da norma federal. Em sendo testemunha desta história, na década de 1990, vivenciei a dificuldade de muitos municípios pequenos da região na definição da composição de seus conselhos de saúde, pelo baixo capital social relativo à função em órgão deliberativo ou pouco interesse popular local de participar, em se tratando de um cargo voluntário e carregado de complexidade, além de, em muitos casos, haverem poucas entidades organizadas e classificáveis como “representantes da sociedade civil”.

Em síntese: boa parte dos conselhos de saúde é criada por que isto é um requisito para que verbas federais possam ser acessadas, especificamente o Piso de Atenção Básica (PAB). Os Conselhos são criados sem que estivesse claro seu papel na definição local da política de saúde. Neste contexto, de acordo com Correia (2000) a segunda metade da década de 1990 trouxe à cena um novo grupo de atores sociais: os conselheiros de saúde, com a incumbência de deliberar em torno da política de saúde, fiscalizando sua estruturação.

O setor saúde preconiza e serve de modelo a essa prática participativa no país. Nesse contexto, os conselhos de saúde representam importante inovação democrática na organização do setor, com a particularidade de se situar na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro (BISPO JUNIOR e GERSHMANN, 2013, p. 8)

É importante frisar que este contexto de criação e do funcionamento de Conselhos de Saúde em diversas circunstâncias coincide com o próprio surgimento de Secretarias Municipais de Saúde em muitos municípios de pequeno e médio porte. A grande maioria dos municípios é de pequeno porte e não possuíam, à época, estruturas municipais para a condução da política de saúde, tampouco seu controle social.

O que se percebe nas últimas décadas é a efetiva ampliação dos espaços de decisão quanto às políticas públicas na saúde, tanto quanto em outras políticas sociais, implicando no compartilhamento das decisões, mesmo que incipientes nas fases iniciais (RODRIGUES, 2010). De acordo com Correia (2000), os diversos conselhos de direitos se instituem e uma série de representantes da sociedade civil é incluída nestes espaços, colocados frente a frente com outros atores sociais, muitos deles com capital político/cultural/social acumulado historicamente. Não se trata de um encontro destituído de tensões, haja vista o modelo de democracia vigente no país.

O pensamento liberal subordina a condição de cidadão à propriedade privada. Neste sentido, o status de cidadão deve ser concedido apenas aos proprietários. Segundo o liberalismo clássico, a participação do povo e da classe trabalhadora nos processos

decisórios se constituiria numa ameaça a ordem social e poderia conduzir à tirania e ao fim da propriedade (BISPO JUNIOR e GERSHMANN, 2013, p. 9)

Os conselhos de saúde, enquanto experiências institucionais e políticas no Brasil contemporâneo (COELHO, 2004), inserem-se na lógica da teoria democrática pautada pelas condições de participação e capacidade de deliberação. Diante disso, as lentes de análise podem interpretar os atores sociais e estatais pelo papel ou influência diferenciada na esfera dos conselhos ou em sua na arena decisória. Segundo Bispo Junior e Gershmann (2013), a concepção liberal de democracia se constitui como hegemônica, enquanto modelo estruturado a partir de valores individuais e procedimentos formais com o intuito de estabelecer processos de tomada de decisão e regras de convivência, apesar de ancoradas em concepções individuais e privatistas, como “a igualdade perante a lei e a igualdade de oportunidades, bem como, o direito de não interferência do poder do soberano na autonomia privada” (p. 9).

Neste contexto, como se dá este encontro de atores sociais? Quais as relações de poder que se estabelecem?

5.2 Conselhos de saúde na contemporaneidade

Considerando o marco da Lei Federal 8142/90, temos já mais de duas décadas de história de conselhos de saúde, em tese. Vimos, no entanto, que na maioria dos municípios o tempo a contar não é tão longo assim, visto que os conselhos não foram implantados de imediato. Na região do Vale do Taquari boa parte dos conselhos comemora algo em torno de 15 a 17 anos, aproximadamente. Ainda assim, já é um tempo que permite um acúmulo técnico-político e poderíamos pensar que os conselhos de hoje são muitos mais efetivos do que aqueles da década de 1990 ou mesmo do início da década de 2000.

De fato, o que mudou no cenário político nacional quanto à participação da comunidade na implantação do SUS, conforme previsto na Constituição Federal de 1988? De que forma se deu esta evolução no período? A construção histórica dos atores sociais participantes do controle social, especificamente no espaço dos conselhos de saúde, perpassa os requisitos de uma análise mais detalhada quanto aos empecilhos que estiveram presentes nesta trajetória; de acordo com Moreira e Escorel (2010) estes são condicionantes na efetividade ou não do controle social almejado pelos movimentos da reforma sanitária.

A atuação dos conselhos de saúde é objeto de estudo de uma série de pesquisadores, realçando a importância da qualificação deste espaço de decisão como forma de ampliar a democracia na condução das políticas públicas (CORREIA, 2003). Comemora-se o fato de no campo da saúde existir os conselhos de saúde, pela potencialidade que representam na construção de políticas efetivas. No entanto, a eficácia deste conselho ao longo do tempo preocupa, conforme alertam Moreira e Escorel (2010), em face dos dilemas da participação social, entre os quais o poder deliberativo, a paridade e a autonomia diante da administração pública.

Souza (2003) critica a ênfase das pesquisas sobre os tomadores de decisões e sugere mais estudos quanto às variáveis que impactam os resultados das políticas públicas, alertando que ainda falta alguma clareza quanto à identificação daqueles que formulam as políticas públicas e sobre o processo de implantação. Neste sentido, considerando os conselhos de saúde como uma possível variável central no sucesso das políticas da saúde, como se definem as relações internas?

De sua parte, Cortes (2009b) busca pesquisar e projetar perspectivas de análise para o debate sobre a participação nas políticas públicas de saúde. Endossa que não há dilema na formulação de que os conselhos de saúde são deliberativos no sentido de abarcar questões da agenda setorial, embora na prática política isto seja objeto de conflitos. Diante das dificuldades vistas o questionamento do pesquisador leva a

constatar o óbvio: formalmente as relações entre os participantes do CMS são igualitárias, porém de fato vigem relações de poder que distanciam os atores nas tarefas decisórias, especialmente devido ao capital social.

Há uma ampla participação dos que frequentam este espaço ou, ao contrário, o ambiente é pautado pelo interesse dominante e as decisões são 'impostas' por aqueles que detêm o poder cultural/político/técnico? A sociedade civil, que na concepção de Bispo Junior e Gershmann (2013) representa um “conjunto de organismos ‘não estatais’, habitualmente da esfera privada [...] em sua maioria, organismos sociais coletivos voluntários e relativamente autônomos em relação à Sociedade Política” (p. 10) tem força/poder suficiente para influir no conselho de saúde?

Aparentemente, as respostas às questões propostas indicam uma forte despolitização dos agentes sociais participantes dos conselhos, inclusive a partir do que vimos nas entrevistas realizadas e descritas adiante. Para dar conta desta interrogação, segundo Correia (2003), desde o final da década de 1990, sucessivos governos vêm instituindo ações de capacitação do conselho de saúde, nas três esferas de governo, normalmente com resultados satisfatórios, ao passo que o espaço para a relação dialógica qualifica o controle social. Ainda hoje se investe periodicamente em cursos de capacitação do controle social, problematizando práticas e políticas de saúde, conforme se percebe em rápida consulta ao site do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, de acordo com Cortes (2001), se for levado em conta que a sucessão política é frequente e parte dos conselheiros se alterna, faz-se também uma prioridade uma política de atualização constante.

Os questionamentos, que são levantados têm a ver com a definição do papel que é, de fato, atribuído aos conselhos de saúde. É de fato um espaço democrático, questionam Moreira e Escorel (2010)? Ou apenas ratificam aquilo que já foi pré-definido ou, ao contrário, se constitui em espaço de mediação de interesses e de

negociação de consensos possíveis. Neste contexto, Cortes (2009b) destaca que a (des) politização dos atores sociais incluídos nos espaços deliberativos e de fiscalização tem sido um desafio a ser superado, não só no campo da saúde.

O papel cidadão de participante destes espaços, de forma qualificada, não deveria ser diminuído pela falta de compreensão quanto à importância da representação. De acordo com Rodrigues (2010), eventuais deficiências que as políticas públicas têm na sua formulação, implantação e avaliação quanto à efetividade, poderiam ser diminuídas com a atuação fortalecida dos atores envolvidos no processo.

Em que situação nós estamos? Nos municípios da 16ª CRS, do Rio Grande do Sul, do Brasil, os Conselhos de Saúde estão sendo efetivos? Os conselheiros de saúde estão imbuídos do seu papel? Compreendem a função do conselho, percebem seu poder de deliberar e fiscalizar? Trazem ao debate questões outras que não seja a “cirurgia”, o “exame”, a “consulta médica”? Falam de resíduos sólidos, água de boa qualidade, de esgotamentos sanitários? Ao retomarmos a discussão dos Planos Municipais de Saúde, já sabemos que a ênfase ainda está predominantemente na doença, e seu combate, que permanece hegemônica.

5.3 Conselheiros de saúde, protagonistas da política e cotidiano do Conselho Municipal

A partir das contribuições de Pierre Bourdieu (2008; 2009), com sua discussão quanto à teoria da práxis, do poder simbólico, dos capitais e do *habitus*, amplia-se o debate para que se compreenda o conselho de saúde como arena dinâmica permeada de interesses. A partir dos atores sociais (agentes, na acepção de Bourdieu), podemos verificar com mais propriedade o movimento dos atores/agentes no âmbito da

estrutura “conselho de saúde”, com uma função social delimitada, na qual o conflito pode ser uma realidade concreta ou, ao contrário, se estabelecem relações fortemente arraigadas que sufocam as relações hegemônicas/contra-hegemônicas ao ponto de supostamente eliminar esta situação de conflito.

No conselho de saúde encontram-se sujeitos tão distintos quanto o médico (e seu grande capital social, especialmente nos pequenos municípios, nos quais transparece ainda mais a condição que lhe atribui um grande poder simbólico, inclusive) e o usuário dos serviços, às vezes um representante de associação de bairro destituído de maior capital social e, a priori, com quase nenhum poder simbólico. Este encontro desigual dá margem aos constrangimentos sociais, reproduzindo-se a desigualdade no meio social (BOURDIEU, 2009), embora que em teoria há paridade de forças, visto que 50% dos participantes provêm da sociedade civil. Neste sentido, Bispo Junior e Gershmam (2013) destacam tratar-se da

“A principal inovação (na medida em que) corresponde à paridade entre representantes dos usuários e demais segmentos, o que concede à representação dos atores sociais metade dos assentos do conselho. Essa arquitetura alarga o espaço deliberativo e incorpora à cena decisória atores pertencentes a segmentos sociais de diversos matizes ideológicas e políticas. Neste sentido, os conselhos de saúde constituem-se como espaços de ampliação da democracia. É possível destacar uma dupla possibilidade de inclusão gerada pelos conselhos: a inserção de novos atores à cena política, a partir composição plural e paritária dos conselhos; e a participação dos conselhos no processo decisório das políticas municipais de saúde. Essas possibilidades configuram-se em dois ambientes de atuação. Um processo interno, em que o lócus de disputa é a plenária do conselho, espaço onde os membros debatem as políticas e disputam a aprovação de suas preferências. E outro externo, correspondente ao espaço, efetivamente, ocupado pelo conselho da definição das políticas, no qual os conselhos competem com outras forças a influencia e o poder para fazer cumprir suas decisões” (p. 13)

Neste contexto de disputa em torno de projetos e interesse particular pelas políticas de saúde surge a atribuição de deliberar e planejar a saúde. A priori, os PMS são instrumentos obrigatórios na gestão da saúde, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde que tenham um tempo de vigência de quatro anos e, neste sentido, deveria coincidir com o Plano Plurianual (PPA), outro documento

obrigatório que deve ser formulado pela administração municipal no primeiro ano de gestão, valendo, portanto até o primeiro ano da gestão posterior (BRASIL, 2006d). A análise de conteúdo temática dos PMS permitiu identificar a relevância ou não de questões socioambientais tidos como importantes na definição de prioridades dentro da gestão da saúde no âmbito dos pequenos municípios, instrumentalizando assim os mecanismos de promoção da saúde pública.

A partir destes pressupostos apontados anteriormente, presume-se que os conselheiros de saúde lançam vistas sobre a realidade e os entraves que ocorrem no cotidiano do território municipal e que impactam as condições de vida das pessoas e, por conseguinte, pode ser causa de doenças e outros agravos.

É certo que se espera dos trabalhadores da saúde, principalmente, a discussão inicial sobre o perfil epidemiológico e demográfico local, bem como a descrição e avaliação da rede de serviços públicos de saúde. No entanto, pode-se aferir que não é da competência única do quadro técnico a elaboração do PMS; pelo contrário, embora estes sejam importantes no processo, o documento que lança diretrizes para o desenvolvimento e a prevenção da saúde é (ou deveria ser) gerado pela participação qualificada dos conselheiros, reconhecendo-se estes como portadores da legitimidade instituída pelas entidades que representam e no desempenho de um papel político, portanto (SILVA, 2001; ARENHART e ANDRADE, 2004).

A Lei 8080/1990 estabelece uma concepção ampliada do que é 'saúde' no SUS, definindo-a como determinada socialmente e, desta forma, rompe-se com a ideia de que a saúde e a doença são indissociáveis entre si, uma o contrário da outra (SILVA JUNIOR, 2006). Por consequência, ao pensar-se o sistema de saúde, planejando o futuro a partir de informações do passado e presente, se leva em conta mais do que dados epidemiológicos ou demográficos.

Já vimos que nos PMS anteriormente analisados há lacunas importantes sobre os temas relativos ao saneamento básico, especificamente a água, o esgoto e os resíduos sólidos. Por que e quais as razões para que tais temas não estejam elencados entre aqueles que demandam ações e serviços de saúde mais articulados? Para subsidiar a reflexão sobre estas interrogações, o trabalho segue com a realização de 14 entrevistas com conselheiros de saúde, abaixo nomeados, oriundos de lugares sociais diferenciados e com trajetórias próprias dentro da realidade do CMS.

De alguma forma os conselheiros no âmbito da saúde podem ser vistos como protagonistas das políticas públicas de saúde em seu município. Para o cumprimento dos objetivos da tese cabe ressaltar a dinâmica das relações sociais e a formatação dos acordos no CMS: o labor das articulações internas, a ação dos diferentes atores com seus acertos e a dinâmica das informações no plenário. Estes aspectos cunham o modelo de funcionamento que pôde ser observado e explicado pela configuração das circunstâncias consolidadas entre os diferentes atores pertinentes às atividades. Por certo existem conselheiros mais assíduos e prósperos na linguagem do debate dos assuntos da pauta e que desta forma de alguma maneira coordenam os pontos de pauta.

É na linguagem que se encerra o núcleo de análise e interpretação das manifestações individuais e coletivas, contextualizadas historicamente, permitindo a compreensão da realidade que cerca os seres humanos (MINAYO, 2004). Por sua vez Veronese e Guareschi (2006) destacam a hermenêutica de profundidade como meio de análise do

“contexto sócio-histórico e espaço-temporal que cerca o fenômeno pesquisado [...] na hermenêutica de profundidade estaremos propondo sentidos [...] mas para isso precisamos argumentar e debater, num exercício de racionalidade argumentativa e comunicativa” (p. 87).

Para situar no tempo e no espaço Minayo (2004) acrescenta, a este propósito, que “o fato de pertencermos a determinado grupo social, a determinado tempo

histórico, de possuímos determinada formação, faz que a compreensão hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto do analista” (p.221).

No caso do presente estudo, ao entrevistar os atores sociais, via roteiro semiestruturado, se afere as informações manifestas por estes sujeitos, na acepção de Touraine (2009), enquanto participantes de um movimento social – o conselho de saúde. Este se constitui como lugar apropriado ao diálogo e a interpretação do seu contexto socio-histórico e os discursos circulantes são justificados.

Os 14 conselheiros entrevistados são cidadãos de dois municípios, um de pequeno porte, com menos de três mil habitantes, e outro de porte intermediário na região, considerando os parâmetros populacionais locais. Não identificamos os respectivos municípios e os entrevistados considerando o direito de sigilo dos mesmos, frente aos questionamentos feitos e que poderiam gerar desconfortos ocasionais ou, na pior das hipóteses, represálias de qualquer ordem. Os sujeitos foram escolhidos por conveniência, que quando consultados se dispuseram a participar.

Optamos por entrevistar sete representantes de cada um dos municípios, das quatro representações que estão legalmente instituídas nos conselhos de saúde: a) gestor (G); b) trabalhador da saúde (T); c) usuários (U) e d) prestadores de serviços (P).

Para cada entrevistado definimos um código de identificação, G1, G2, T1, T2, T3, T4, U1, U2, U3, U4, P1, P2, P3 e P4, correspondendo à letra a origem do conselheiro e o número à ordem das entrevistas, segundo a data de sua realização. Os entrevistados são assim nomeados e caracterizados, para fins de análise:

1. Gestor um (G1), secretário da saúde de município com menos de três mil habitantes. Tem 52 anos, não é profissional da saúde, está na condição de gestor há 7 anos. Participa do CMS desde o início da função (7 anos).

2. Gestor dois (G2), secretário da saúde de município com mais de 10 mil habitantes. Tem 46 anos, é profissional da saúde, está na condição de gestor há 3 anos. Conselheiro de saúde há 3 anos, tendo sido conselheiro por 5 anos antes de assumir a condição.
3. Trabalhador da saúde um (T1) no município com menos de três mil habitantes. Tem 32 anos, é enfermeiro. Conselheiro de saúde há oito anos.
4. Trabalhador da saúde dois (T2) no município com menos de 3 mil habitantes. Tem 28 anos, fisioterapeuta, conselheiro de saúde há dois anos.
5. Trabalhador de saúde três (T3) no município com mais de 10 mil habitantes. Tem 38 anos, é cirurgião dentista, é conselheiro há três anos.
6. Trabalhador de saúde quatro (T4) no município com mais de 10 mil habitantes. Tem 27 anos, é enfermeiro, e está no conselho há três anos.
7. Usuário um (U1) – usuário da saúde do município com menos de três mil habitantes. Tem 62 anos, representante de clube de mães e senhoras, está no conselho há oito anos.
8. Usuário dois (U2) - usuário da saúde do município com menos de três mil habitantes. Tem 40 anos, sindicalista, conselheiro há três anos.
9. Usuário três (U3) – usuário da saúde do município com mais de 10 mil habitantes. Tem 47 anos, representante dos professores, é conselheiro há três anos.
10. Usuário quatro (U4) – usuário da saúde do município com mais de 10 mil habitantes. Tem 38 anos, é conselheiro há seis anos e sua origem é o meio sindical.
11. Prestador um (P1) – prestador de serviços do município com menos de três mil habitantes. Tem 46 anos, farmacêutico, conselheiro há seis anos, representa os serviços conveniados.
12. Prestador dois (P2) – prestador de serviços do município com menos de três mil habitantes. Tem 40 anos, dentista, também conselheiro há seis anos e representa os serviços conveniados.
13. Prestador três (P3) – prestador de serviços do município com mais de 10 mil habitantes. Tem 46 anos, representante de serviços conveniados/contratados, conselheiro há 10 anos.
14. Prestador quatro (P4) - prestador de serviços do município com mais de 10 mil habitantes. Tem 40 anos, dirigente hospitalar, conselheiro há 14 anos.

Reiteramos que todos os entrevistados foram escolhidos por conveniência, optando-se, no entanto por aqueles com pelo menos dois anos de experiência na condição de conselheiro, tempo razoável para apropriar-se minimamente das rotinas do controle social e compreensão do papel a desempenhar, no nosso entender.

Os entrevistados foram previamente contatados, alguns pessoalmente, outros por via telefônica e neste contato foi-lhes explicado qual a motivação da pesquisa, os temas a serem abordados na entrevista e perguntou-se sobre a disponibilidade de participarem, em havendo a garantia de sigilo. Frente à resposta positiva, foi agendada a entrevista, em local, data e hora convenientes ao entrevistado.

Na data apazada, reiteraram-se as explicações sobre as motivações da entrevista, da duração média de meia hora à uma hora de conversa e do sigilo em relação às falas, com o objetivo de preservar a fonte da informação e minimizar quaisquer constrangimentos. Ainda, não houve quaisquer custos para os respondentes. As entrevistas foram realizadas entre setembro e dezembro de 2012.

De um modo geral, as entrevistas transcorreram com alto nível de colaboração, seguindo o roteiro semiestruturado previamente elaborado e na incompreensão de alguma pergunta, em específico, buscou-se sempre clarear o questionamento para a devida reflexão sobre a resposta. Todas as conversas foram gravadas em aparelho mp3, e as mesmas foram transcritas posteriormente, para análise de conteúdo segundo Bardin (2004), com identificação do discurso e sua interpretação contextual e temática.

Um aspecto relevante na análise é a interação entre o funcionamento, os atores e as dinâmicas das relações sociais nos CMS. Na análise das dinâmicas das relações sociais no interior dos CMS na 16ª região de saúde possibilitam desenhar a posição desse fórum deliberativo para a configuração das relações sociais da área de saúde local.

5.4 As articulações dos conselheiros, as visões e as políticas de saúde

Adorno já destacava a relação conflitada no conselho de saúde que estudou em 1992, na sua tese de doutoramento, a partir das concepções de movimento social e participação no contexto do SUS, então em seus passos iniciais, quanto à implantação, na medida em que se cria uma nova arena de negociações no campo da saúde. Neste sentido, reafirmamos as questões centrais: o CMS constitui-se em arena que propicia o diálogo, a construção de consensos negociados, em torno do interesse coletivo? Ou, ao contrário, as relações se estabelecem verticais, no qual o capital social dos profissionais da saúde, o capital político do gestor público ou mesmo o capital econômico dos prestadores de serviços se sobrepõe aos demais participantes, dominando o cenário, transformando o usuário representante da sociedade civil no conselho de saúde em ator menor, sujeitando-se ao poder simbólico que circula na arena?

No caso dos pequenos municípios, a organização social em torno de movimentos de contestação da realidade social ou reivindicatórios de direitos possivelmente pode ser fragilizada, considerando a menor incidência de movimentos/representações politicamente mais instrumentalizados (PEREIRA NETO, 2012). Muitas entidades que têm assento nos conselhos de saúde têm dificuldades em identificar representantes que queiram ocupar este espaço, o que reflete uma provável falta de entendimento quanto ao papel protagonista que o conselho tem (ou poderia ter) nas definições quanto à política pública. Castells (1996), ao estabelecer uma tipologia das identidades no contexto social se refere à identidade legitimadora como aquela em que se expande a dominação imposta de forma estrutural, o que parece ser o caso dos conselhos, que embora legítimos na forma da lei, se constituem em reprodução dominador/dominados, via concentração do poder.

Neste contexto, cabe analisar mais detidamente como se dá o encontro dos atores sociais no âmbito do Conselho de Saúde. Qual processo de socialização permeia as relações que se desenvolvem? De início, quais as características de um conselheiro de saúde tipo-ideal, com uma identidade política constituída, plenamente ciente das suas responsabilidades e de seu papel dentro do cenário político em que se encontra? Que conhecimentos básicos devem dominar para que possam analisar a realidade social em que vivem, propondo soluções às interrogações que são comuns aos outros conselheiros e construir os meios para que as soluções se efetivem? Pensando no tipo-ideal weberiano podemos visualizar um indivíduo emancipado, ciente do seu espaço sociopolítico, ativo nas discussões travadas na arena do conselho?

O conselheiro de saúde, enquanto sujeito, se constitui na relação com os outros conselheiros. Trata-se de um processo de socialização via identificação com o grupo em que está inserido e, como tal, interage com interesses diferentes matizes.

5.4.1 Os conselheiros e as reuniões do Conselho de Saúde

O conselheiro de saúde traz ao cenário em que atua elementos da sua história que põe em contato com os outros participantes e, nesta interação haverá trocas, influências que constroem o coletivo. Este sujeito, num processo de socialização primária se constitui a partir da linguagem, instrumentalizando-o na sua relação com o campo da saúde pública, definindo-se a partir daí sua trajetória de vida inserida num contexto social.

No desenvolvimento das entrevistas, o primeiro questionamento foi quanto ao funcionamento dos CMS, da rotina das reuniões e do tempo entre as reuniões ordinárias e extraordinárias, a periodicidade, entre outras questões. O objetivo da questão diz respeito ao interesse de saber/identificar previamente algumas

características dos conselhos, do protagonismo de alguns atores sobre outros e da definição das pautas de discussão.

Segundo a Resolução 453, de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em sua 4ª diretriz, as reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde devem ocorrer no mínimo a cada mês e extraordinariamente sempre que indispensável. Para tanto, as reuniões acontecem tendo em vista um cronograma previamente apresentado e aprovado pelo plenário do conselho, normalmente em dia do mês fixo, conforme o que consta nos regimentos internos dos respectivos conselhos. A medida visa possibilitar que todos os conselheiros possam programar a sua participação, buscar a liberação do trabalho e, desta forma, exercer o dever de conselheiro. Em teoria esta é a forma do conselheiro se fazer presente na reunião.

Conforme informa G2, *“as reuniões são acordadas no início do ano, quando montamos o calendário e isto permite que os conselheiros já se programem ao longo do ano”*, o que vai ao encontro do proposto pelo Conselho Nacional de Saúde. O representante dos usuários deste mesmo município concorda com a sistemática, afirmando que *“a gente sempre tem muitas coisas a fazer então é importante que a gente possa ter certo no dia do mês em que as reuniões acontecem, o que daí não prejudica ninguém”* (U4).

Interessante, no entanto, observar a fala do conselheiro P1, do município menor, quando afirma que *“as reuniões acontecem, às vezes, de três em três meses por que não tem assunto para discutir, daí a secretaria avisa que não tem nada e a reunião não sai”*. Ao que tudo indica esta é uma das características da dependência ou subserviência ao poder público municipal. Acrescenta o conselheiro que *“a gente discute muitos números, estas prestações de contas, os recursos que vem da União, do estado e também do município, acho que são os assuntos principais, e por isso, às vezes ficamos sem um assunto muito certo para discutir”*.

O discurso deste conselheiro aponta para a tecnificação da pauta do conselho, primeiro passo para certo afastamento ou exclusão de parte dos conselheiros pela incompreensão da técnica ou, ainda, da edificação da hegemonia de um grupo sobre outros, como aponta Arenhart et al (2004). Da mesma forma, o esvaziamento da pauta pela pretensa falta de temas relevantes demonstra o exercício do poder simbólico do segmento da gestão que, ao não propor o debate, **como** se percebe na fala seguinte, de U2, governa sem deliberar, sem cogovernar.

U2, do mesmo município ratifica a informação ao complementar que *“a gente até tem um calendário, mas nestes anos que sou conselheiro, muitas vezes tivemos reuniões bem rápidas com só um assunto na pauta, e coisas que podiam esperar, daí pensamos em não fazer mais todos os meses, só quando tinham assuntos importantes para a secretaria”*. O gerenciamento da pauta está além das fronteiras do fórum de decisão do CMS e, embora se permita que qualquer conselheiro possa pautar temas específicos, na prática cotidiana, a iniciativa é exercida por atores específicos, em especial gestores e prestadores de serviços, entre os quais se destaca o representante da entidade hospitalar, o que leva ao predomínio dos assuntos do interesse destes atores, obviamente.

Este diálogo nos indica que a pauta é determinada preferencialmente a partir dos interesses do gestor, como de fato transparece, frente ao questionamento sobre o funcionamento do conselho durante as reuniões. Aqui cabe o comentário que no Rio Grande do Sul os secretários municipais de saúde não ocupam a presidência dos conselhos municipais de saúde, embora não haja na Lei Federal 8142/90 nenhuma objeção quanto a isto. Isto se deve essencialmente à recomendação do Conselho Estadual de Saúde, desde a década de 1990. O fato, no entanto não impede que este secretário exerça uma carga de poder relevante dentro do conselho de saúde, na medida em que detém de instrumentos para compor com os conselheiros algo que Pereira Neto (2012) nomeou de um “conselho de favores”.

Neste ponto, *“as reuniões são abertas pelo presidente, que é dos usuários, mas como ele não tem muito conhecimento, depois passa para a gente coordenar, que os assuntos da pauta são sempre os nossos”* (G1). O gestor do município explicita a liderança da reunião a partir da expertise que está concentrada naqueles que detém a informação sobre os temas em pauta. O gestor do município maior coaduna com a informação, afirmando que *“nós até queremos que os conselheiros falem mais, mas é difícil com alguns assuntos, que eles não dominam muito, e a gente até percebe eles meio inibidos para falar”*.

Ambos os gestores externam a ideia de que os conselheiros representantes dos usuários devem participar mais, mas, ao mesmo tempo, contraditoriamente, assumem a condução da reunião, *‘tão logo ela é iniciada pelo presidente’*. Cortes (2001) e Coelho (2004) destacam a proeminência da qualificação política dos conselheiros de saúde para que este espaço possa ser mais representativo das demandas reais da população, especialmente daquela representada pelos próprios conselheiros. Aliás, cabe aqui frisar o que Pereira Neto (2012) e Correia (2000) apontam sobre a representatividade dos conselheiros de saúde, ao ponto de haver entre diferentes perfis o conselheiro *‘profissional’* que se eterniza na posição, cuja *“preocupação é permanecer no Conselho de Saúde custe o que custar [pois representa] um lugar de privilégio e de influência social na comunidade”* (PEREIRA NETO, 2012, p. 53).

Contudo, no âmbito local dos conselhos de saúde dos entrevistados, na perspectiva da maioria destes, eles funcionam adequadamente. Há entrevistados, porém, que refletem outra opinião, como é o caso de U2, que diz que *“a gente podia ter mais participação, mais debate, mas é assim, meio que sempre as coisas são com pressa [...] mas no fim acho que a gente cumpre bem nosso papel”* (U2). O usuário U3 reflete a mesma sensação ao externar que

“o conselho é assim [...] as pessoas não tem muita paciência na reunião, acho que elas não sabem bem o que precisa ser feito, então qualquer coisa que tem que ser um pouco mais discutido sempre tem alguém que tínhamos que discutir menos, eu acho o

presidente inseguro, depende do secretário, tem a pessoa que faz a ata, mas no geral as pessoas falam pouco” (U3).

A usuária U1 nos dá uma pista para a insegurança ou pouca participação na reunião do conselho, ao afirmar que *“eu to no conselho há oito anos e quando eu entrei a gente foi convidada e tinha que indicar duas pessoas e aí não tinha muito quem queria [...] então a gente quer ajudar e eu entrei como titular”*. A sensação de despreparo para o desempenho da função de conselheiro não é voz isolada ou concentrada nos usuários. P1 (prestadores de serviços), também manifesta que *“não houve nenhuma preparação ou curso ou qualquer coisa nestes seis anos que eu estou no conselho [...] acho isso ruim, por que a gente vê que o SUS tem sempre muitas novidades, e a gente tenta acompanhar meio no escuro” (P1)*.

A ideia que é complementada pelo profissional T3, que afirma que *“nem na época da faculdade tivemos uma preparação muito forte para este papel de conselheiro, então as dúvidas são difíceis de resolver, e parece que nem o secretário está muito seguro do que está falando”*.

Os discursos nos revelam uma importante contradição quando dizem que *“os conselhos funcionam bem/adequadamente”*, mas *“nos sentimos inseguros”*. Inicialmente, cabe realçar a fala que afirma que a sua entrada no conselho se dá por que não havia ninguém mais disposto a ocupar o lugar. Pereira Neto (2012) relata em seu trabalho que esta é uma questão comum nos conselhos de saúde, na medida em que a representação política no conselho não é percebida, à primeira vista, como relevante e, por isso o esvaziamento ou a indicação de pessoas com disponibilidade essencialmente de tempo. Hermany (2010) destaca a importância de fortalecer politicamente os atores sociais locais na busca pelo protagonismo das políticas públicas, por meio de conhecimento técnico e político sobre o funcionamento destas políticas para que se permita contribuir no debate e construção de alternativas.

Por outro lado, Pinheiro et al (2002/2005) destacam que a construção do SUS de forma efetiva só será possível com a qualificação permanente não só da gestão, mas também com o investimento na atenção, rearticulando suas práticas, aproximando-as com o ensino/academia, a qual também requer adequar-se aos novos requisitos sociais. Por fim, os autores afirmam que o controle social é a base sobre a qual o SUS poderá garantir o desenvolvimento de novas práticas sociais, com a politização da saúde, em defesa da equidade e da integralidade no cuidado em saúde. Carvalho (1995, 1998) já alertava sobre este potencial reformador do estado que a participação por meio dos conselhos tem, desde que se constitua via processo democrático que inclua a sociedade e sua representação.

Campos (2006), no entanto, destaca que o modelo de atenção à saúde no Brasil precisa ser aprofundado, radicalizando suas práticas, adentrando nas raízes dos problemas crônicos que enfrentamos, frutos do modelo de formação profissional e da exclusão da democracia que caracterizou a política no país. A descentralização via meios democráticos, como os conselhos e conferências, dando voz a uma sociedade pouco afeita a se manifestar, contudo, abre novas perspectivas (COHN, 1994).

Na percepção dos gestores, no que diz respeito ao funcionamento dos conselhos de saúde, afirmam uma imagem diferente da dinâmica das reuniões do conselho, em relação aos outros segmentos entrevistados. G2 informa que *“não tem maiores problemas com o conselho, que as reuniões são tranquilas”* e G1 afirma que:

“as reuniões são bem produtivas, mesmo que nós precisamos explicar tudo direitinho, por que alguns conselheiros não entendem as coisas mais técnicas [...] todos os conselheiros são muito interessados e vêm nas reuniões, que às vezes são todo mês, outras são de três em três meses, quando não tem pauta muito urgente” (G1).

O que temos aqui são dois discursos positivos sobre reuniões tranquilas e produtivas. Mas, temos também dois conselheiros que se posicionam passivamente, colaborativamente, sem confrontar a política de saúde no âmbito municipal e, nesta

seara, perde-se a potência de avançar na construção das políticas públicas, conforme proposto por Arretche e Marques (2007).

Quando questionados sobre quais são as atribuições dos conselheiros, transparece certa dúvida quanto aos propósitos da pergunta. T4 afirma que *“é de avaliar o trabalho da saúde, ver os problemas, dar sugestões para melhorar”*, o que vai ao encontro da afirmação de P2, o qual manifesta *“não sei se é bem isso que você quer ouvir, mas eu acho é de ser fiscal dos gastos da prefeitura e também de indicar onde o dinheiro deve ser gasto”*.

Interessante realçar o *“não sei se é bem isso que você quer ouvir”* afirmada por P2, fala que implica reflexão e a impressão de que deverá haver uma resposta correta à pergunta e que talvez o profissional não domine. Demonstra certa insegurança sobre o ato de ser conselheiro e, ao mesmo tempo, identifica o papel de fiscal do conselheiro, embora refira o termo *“eu acho (que)”*, indicativo de certa dúvida.

O usuário U1 informa que *“às vezes a gente vota na prestação de contas, mas sempre todos votam a favor, depois do contador explicar os números”*. Nesta mesma linha de raciocínio, U4 externa que:

Olha, o conselho, eu estou nele faz seis anos, e neste tempo eu vi muita coisa ser discutida. Os conselheiros tem um papel importante, mas eu acho que ninguém tem muita certeza da força que eles têm, pois a gente faz muito o jogo daqueles que são donos dos assuntos [...] eles explicam, a gente escuta, não sabe bem o que perguntar, e então as coisas vão passando. Tem sido assim e eu acho que não podia ser assim (U4).

As duas falas, de U1 e U4, e que se alinham com outras reflexões, embora não tão explícitas, exteriorizam uma posição política de questionamento quanto ao papel dos conselheiros, se antes que apenas chancelam aquilo que é apresentado pela administração municipal ou, ao contrário, se deveriam ser mais ativos na sua ação, questionadores ou propositores de políticas e serviços relacionados ao campo da saúde. De toda forma, apesar de transparecer ser certo *“desabafo”*, há um

conformismo com a situação, na medida em que *“as coisas vão passando”* (U4) e, neste contexto, as decisões no conselho, segundo a manifestação da maioria, acabam ocorrendo por consenso.

Poucas vozes manifestaram o voto como o instrumento de decisão nas plenárias do conselho. P4 informa que *“apesar da gente saber que os assuntos devem ser decididos no voto, quase nunca precisamos votar, por que já teve um consenso antes”*, pensamento que sintetiza as manifestações dos entrevistados. Este pretense consenso implica *“em um debate pobre, por que as pessoas não estão muito por dentro dos assuntos, então não tem nem como discutir muito”* (U4) e *“na falta de informações sobre os temas e sobre os documentos que a gente recebe para ler e opinar, e aí acho que até por isso não tem votação, a gente concorda com as explicações que são dadas”* (P1), conforme leitura destes entrevistados e que reflete a indagação sobre a capacidade política e técnica dos envolvidos no controle social local.

O que se depreende destes discursos é a sensação de impotência dos atores sociais com menor poder político frente ao debate e na tomada de decisão, especialmente os atores societais. Como já referimos a própria linguagem técnica, de certa forma, classifica os conselheiros, define seus níveis de poder, seu campo de atuação e, por fim, seu capital (social/cultural/político), marginalizando uma parte e definindo hegemônicos os outros, em ato de violência simbólica implícita, conforme conceito proposto por Bourdieu (2008). Percebe-se no discurso dos usuários, especialmente, esta dificuldade de ‘dominar’ a linguagem em curso no campo do conselho e, por consequência, o silêncio e a anuência muda é a prática.

5.4.2. Os conselheiros e o Plano Municipal de Saúde no âmbito do Conselho

Na arena do conselho de saúde, transpondo o raciocínio de atores sociais, percebe-se nos atores uma origem própria, que os constituem como indivíduos

representantes de interesses ligados a esta origem. Está no conselho o secretário de saúde, o médico, o representante dos agricultores ou dos funcionários, enfim, indivíduos que ocupam uma posição e neste lugar se agrupam na forma de pretensos interesses, assumindo (ou não) o discurso do coletivo em que estão inseridos, na perspectiva do consenso. Aproximam-se em atenção à tarefa que lhes cabe enquanto conselheiros e interagem socializando uma visão de mundo e constituindo-se enquanto participantes do processo decisório.

Com efeito, cada ator social participante do conselho de saúde vem de uma realidade objetiva, desempenhando um papel social específico no contexto social. Carrega características que constituem sua identidade coletiva, na busca de compreensão de seus pares, permitindo-lhe alcançar recompensas na forma de reconhecimento. Bourdieu (2008; 2009) se refere a esta caracterização como o *habitus*, enquanto conjunto de elementos que diferenciam e posicionam o sujeito no meio social, definido pela trajetória pessoal do agente político, que se constitui na prática.

Já se definiu previamente neste texto que a formulação do PMS implica (ou deveria implicar) participação efetiva dos conselheiros municipais de saúde, tanto na proposição de diretrizes quanto na deliberação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de avaliação. Tais temas são pertinentes à discussão no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde e sua expertise técnica, mas, também, no foro do conselho, permitindo-se o debate em torno das questões e soluções percebidas pelos conselheiros e que são relacionados à saúde que ocorrem no território municipal.

Os conflitos em torno das prioridades junto aos PMS podem ser levantados tendo por base principalmente às situações associativas existentes e discutidas em diferentes fóruns ou redes de interação. Desta forma captando a visão dos usuários com as propostas de encaminhamento, as suas demandas ou estratégias de resistência à medicalização.

Nas entrevistas, perguntamos aos respondentes quanto à formulação do Plano Municipal de Saúde e o seu uso cotidiano na orientação da implantação da política de saúde no município. A impressão inicial foi de que este documento tem pouco impacto na saúde municipal, visto que muitos discursos informam desconhecerem-no, por completo. O gestor G1 indica uma das razões para o desconhecimento dos conselheiros ao informar que *“este último plano eu fiz quase sozinho, eu e o enfermeiro, que escrevemos, usando o modelo antigo [...] tínhamos pouco tempo, o prazo, e aí fizemos assim, ele nem chegou a ser muito visto pelos conselheiros”*.

A informação parece proceder, pois o conselheiro U2, do mesmo município, diz que *“não conheço o plano, e eu estou a três anos como conselheiro e até agora eu não vi [...] nem sabia que tinha”*. T1, por outro lado, afirma que *“tem o plano sim, ele foi escrito depois da equipe de saúde passar os dados que precisava e então se colocou as prioridades em cima dos problemas epidemiológicos”*. O que transparece neste relato é que o PMS foi construído a partir do trabalho da gestão e dos profissionais de saúde ligados à secretaria de saúde, sem a participação dos demais conselheiros de saúde.

Com efeito, nos pareceu claro que o papel deliberativo do CMS não se efetivou neste caso, pois o PMS é desconhecido dos conselheiros, fato confirmado pelo próprio gestor. Se o PMS for considerado documento importante para a condução das políticas de saúde no âmbito municipal, então temos um fato grave vigente. Correia (2003) destaca a acuidade e dinâmica de o CMS estar em constante capacitação para o desempenho da função, considerada de relevância pública.

Campos (2006) reafirma a eficácia e abrangência do compromisso social e da luta pelo sistema, sob a pena do modelo neoliberal privatista suplantarem o SUS. Muitos outros autores vêm destacando a dinâmica da repolitização da saúde, inclusive enquanto eixo operacional do Pacto Pela Saúde, em 2006, *“Em Defesa do SUS”* (BRASIL, 2006b).

O entrevistado P4, do município de maior porte, revela que neste município “o Plano foi apresentado no conselho para a gente opinar, mas já era um documento pronto, com muitas páginas e a gente não teve muito tempo para discutir”, indicando que o documento foi apreciado em uma única plenária, sem tempo adequado para análise e crítica, informação que está de acordo com a fala de outros entrevistados deste município. “É uma pena, por que poderíamos ter um plano um pouco mais completo, que olhasse também para a prevenção na saúde”, acrescenta o profissional de saúde T3, reafirmando que a participação na construção do documento não foi efetiva.

Nosso plano foi feito a partir do que está no Plano Plurianual. A equipe redigiu a parte mais de análise e depois sentou junto e fez as propostas. Nós até usamos o relatório da conferência de saúde para incluir o que está lá. Depois de pronto, colocamos em apreciação no conselho, lemos o plano e aprovamos. Acho que fizemos certo. Talvez os conselheiros pudessem ter apresentado mais propostas, mas eu acho que eles tiveram a chance (G2).

A fala de G2 reflete uma ideia de participação sem, no entanto, permitir uma interferência mais ampla dos conselheiros, ou mesmo da população, no ato de formular o PMS. Apesar da afirmativa quanto ao uso das discussões da conferência de saúde, os conselheiros foram colocados em contato com a proposta de texto sem uma possibilidade efetiva de opinião, apesar de “terem a chance”, conforme defende o gestor entrevistado, já que o documento foi visualizado e lido em plenária do conselho.

O que se destaca quase que de imediato, em ambos os municípios, os conselheiros de saúde não foram coautores do PMS, pois ou não conhecem o documento, ou participaram apenas apreciando-o já pronto, de forma rápida, numa leitura procedida em reunião ordinária do conselho, o que podemos avaliar como uma participação precária na elaboração do PMS.

Carvalho (2007) avalia a participação na saúde como um dos elementos fundamentais para o seu sucesso, enquanto política pública, na medida em que isto permitirá que a definição de prioridades seja o reflexo do interesse da sociedade. Já

Sérgio Carvalho (2005) defende que a mudança paradigmática vivenciada na saúde se dará plenamente mediante a efetividade da participação de todos os atores sociais, o que acarretará no desenvolvimento da promoção da saúde. Por outro lado, Krishke (2003) afirma que a democracia brasileira caracteriza-se como ainda inconclusa, e está envolta num ambiente de “múltiplos conflitos, negociações e acordos parciais acumulativos” (p. 95), ao mesmo tempo em que parcela importante da população se isenta de participar.

A partir desta constatação, frente ao questionamento sobre os temas incidentes no PMS, há uma série de respostas negativas quanto às ações relativas ao saneamento básico: *“sinceramente não me lembro de se no plano tem algo sobre lixo, acho que não”* (T3), *“sobre a água, acho que já falamos na reunião, mas se tem no plano, não sei”* (T4), *“nós lemos o plano na reunião do conselho, faz um tempo já, mas não tinha nada sobre lixo”* (U4).

As três falas transcritas são indicativas do expressado nas demais entrevistas, havendo poucas incidências positivas, como é o caso de G2, o qual afirma que *“nosso plano faz um apanhado do que se trata neste caso, o município cuida da qualidade da água, mas o lixo e o esgoto não; é mais de outra secretaria, não temos um trabalho direto da saúde nisso”* e do discurso de P4, quando afirma que *“(tenho) lembrança de termos discutido isso, ou de ter lido, mas não lembro bem, por que já faz bastante tempo”*. A constatação é de que tais temas são menores no debate que ocorre nos conselhos de saúde. Nas entrevistas realizadas a questão água/resíduos/esgoto não está entre as preocupações dos conselheiros de saúde no exercício da sua função, especificamente.

Para os representantes da sociedade civil, uma das dificuldades para a efetivação de seu protagonismo no CMS são os temas privilegiados no plenário do CMS, os quais se caracterizam nas longas intervenções informativas, propriamente distantes de discussões diretas e deliberações. O próprio papel do CMS centra-se no aspecto do controle social sobre as políticas e programas de saúde, numa interface entre o âmbito federal e municipal quanto ao financiamento (CARVALHO, 2007). A

capacidade para o exercício do papel específico dos conselheiros no processo decisório parece que decorre de estratégias adotadas para privilegiar o entendimento dos atores que acumulam poder simbólico, em particular quando se delimita a influência dos representantes governamentais e de profissionais liberais ou mercado.

A falta do debate efetivo está de acordo com as considerações observadas nos PMS analisados, os quais também são pobres na relação ambiente-saúde, em sua maioria. Loureiro (2007) destaca que a questão ambiental se impõe no debate social, frente à emergência do tema nas relações do trabalho e da vida. Da mesma forma, Minayo (2005) vem salientando a relevância do campo da saúde voltar sua atenção para a relação sobre saúde e ambiente, tal qual Porto e Schutz (2012), entre outros autores. A falta de uma percepção crítica da humanidade para a sua relação com o ambiente denota o anseio por um novo saber ambiental, um novo paradigma que garanta novas bases de pensamento e que permitam ampliar a possibilidade de uma relação mais harmônica entre o homem e a natureza (LEFF, 2005).

5.4.3 O olhar dos conselheiros ante as questões socioambientais

A percepção das questões socioambientais como algo relevante para a sociedade entrou na pauta da inquietação de parcela da população, mesmo que por vezes não obtenham esta denominação, visto representarem uma expansão da riqueza e igualmente ampliação de riscos e vulnerabilidades em escala crescente (LENZI, 2006). A crise da escassez de alimentos e a produção com seu aporte na contaminação ambiental, por exemplo, incide sobre toda a sociedade, sendo fonte de preocupação quanto à qualidade de vida e estimulando a busca de alternativas.

Segundo Berger e Luckmann (2010), o indivíduo na sociedade é participante ativo da dialética da sociedade, com suas contradições, com a busca de sentido aos atos, processo que se dá por meio da socialização e da inovação. No caso da

socialização verifica-se na relação do sujeito com seus pares, na entrada em um grupo, num processo de identificação reflexiva a partir das influências que se interpõem entre o meio e os outros com o sujeito. Igualmente ocorre um movimento da individualidade rumo à simetria entre a realidade objetiva com a realidade subjetiva, sendo que o processo ocorre via interiorização das vivências neste processo de socialização (BERGER e LUCKMANN, 2010). Os autores definem a linguagem como central neste processo, mediando a interiorização do exterior, programando e constituindo o sujeito. O indivíduo constrói sua realidade objetiva e sua realidade subjetiva no reconhecimento da complexidade do social e na diferenciação social consequente, assumindo posições sociais e movendo-se nesta arena.

Os conselheiros de saúde diferenciam-se na sua origem e formação, a partir de seu processo de socialização própria. Com amparo em Berger e Luckmann (2010), eles vêm de posições diferentes, têm discursos próprios, construídos na interiorização da estrutura social em que estão inseridos. Dessa maneira, considerando a inserção nos conflitos sociais, estes autores argumentam que a identidade não tem uma essência, construindo-se nas relações decorrentes da socialização, a partir da linguagem e da interação simbólica que mantém com os outros personagens do cenário.

A questão que se aporta para o debate é inferir significado ao que os conselheiros relatam quanto ao nexos específicos do campo da saúde com as questões do saneamento básico, aqui compreendido quanto à qualidade da água, o destino correto do esgotamento sanitário e dos resíduos sólidos/lixo, como já definido. Para clarear este ponto, os entrevistados foram questionados sobre as condições de vida no território em que residem. Akermann (2005; 2007) vem discutindo esta aproximação entre o tema desenvolvimento e suas implicações sobre a saúde humana, destacando que o

“desenvolvimento local pode ser entendido como uma ação deliberada, coordenada, descentralizada e com ampla participação de todos os atores relevantes para ativar a cidadania e, por meio dela, ser ativada para melhorar de maneira substancial as condições de vida dos habitantes de uma localidade” (AKERMANN, 2005, p. 39).

Como se lê, o autor faz a associação da participação protagonista dos atores sociais via democracia para ‘ativar’ e ‘ser ativado’, exatamente o que se esperaria de um conselho de saúde tipo-ideal weberiano e que no cotidiano não ocorre, salvo as exceções.

Frente à questão genérica de como são as circunstâncias da vida cotidiana e de quais os principais demandas e obstáculos que enfrentam, as respostas foram similares em seu conteúdo e contraditórias no seu sentido. É o caso de G1, que afirma que *“esse arroio que passa no meio da cidade já foi muito limpo e as crianças tomavam banho, mas hoje quando chove pouco ele tem mau cheiro”*. No mesmo sentido, temos o relato de U1:

A cidade é pequena, tem pouca coisa para melhorar, não temos assim problemas graves de água [...] o arroio eu acho que é limpo [...] já tomei muito banho nele, mas se eu tomaria banho hoje, bem, acho que não, ele já não é mais tão limpo [...] tem uns chiqueiros lá fora que eu acho que sujaram a água, então não dá mais para tomar banho lá (U1).

O progresso econômico, pela via da industrialização das cidades e da subordinação da produção do campo aos ditames da indústria (química, etc), também têm impactado na impressão de que o ambiente natural já não comporta mais a qualidade anterior e, neste sentido, *“o que a gente percebe é que tem cheiro forte [...] a fábrica nova, ela está licenciada, mas eu não sei se eles tratam bem a água, a gente imagina que sim”* (T1). *“As empresas são importantes, elas dão emprego, mas eu acho que também tem problemas, por que tem o cheiro, e o trabalho é pesado, e precisam cuidar para não poluir a água”* (U3), manifesta o usuário em relação às condições ambientais recentes, na sua cidade.

Os dois entrevistados destacam o papel importante que a industrialização tem na economia local, mas realçam que este processo tem um preço social a ser pago,

qual é o impacto sobre as condições socioambientais locais e, por conseguinte, sobre as condições de vida. O território em que vivem melhorou e piorou, em sua própria compreensão. Com o desenvolvimento ampliam-se as possibilidades de consumo (PORTILHO, 2005), as condições gerais de vida no local de vida melhoram, a priori, ao mesmo tempo em que ocorreram perdas socioambientais importantes.

Portilho (2005), no entanto, aponta como crucial este debate sobre os percalços para equacionar a difícil questão da sustentabilidade ambiental em um período histórico fortemente pressionado pela exacerbação do consumo, o qual inclusive é determinante da condição da cidadania. Na mesma linha, Baumann (2008) alerta para a insustentabilidade de um modelo que transforma o ser humano a uma condição menor, descartável, sujeita a manipulação do mercado. Neste sentido, destaca-se ainda que [na]

Minha cidade sempre foi muito quieta, tranquila, muito ar puro e pouca fumaça. Sempre foi assim, desde pequeno que a vida sempre foi assim. Antigamente dava para usar a água do arroio, mas hoje eu acho difícil, perigoso, por que o progresso chegou aqui. A gente não vê assim muita sujeira na rua, mas tem muito lixo, o caminhão precisa passar seguido e sempre tá cheio. Nem sei direito para onde vai o lixo. Mas nas ruas, nas bocas de lobo tem cheiro forte, então eu acho que tem esgoto ali e não devia ter (U2).

A manifestação deste entrevistado é emblemática, visto refletir um sentimento de perda de qualidade na condição de vida nos anos recentes, mesmo na cidade pequena em que mora, o que causa uma sensação de desgosto, refletida na emoção manifesta no ato da entrevista, na qual embargou a voz. Exagerando o discurso: sua cidade não é mais a mesma, nas contradições do desenvolvimento travestiu-a de esgoto, água suja, lixo jogado; e ele foi um dos responsáveis.

Ainda assim, este sentimento não se traduz em debate no âmbito do conselho, de forma perene. Por quê? Ruscheinsky (2009) em discussão sobre interesses e conflitos, destaca como elemento político importante a omissão de atores sociais que, ao se omitirem, delegam ao outro a ação e aproveitam-se das conquistas das lutas

sociais ou dos ganhos do desenvolvimento. Neste sentido, quando U2 lamenta a degradação da sua cidade incorre na omissão de não agir, ao passo que tem acento no CMS e, como tal, um espaço de poder.

Ainda, segundo Ruscheinsky (2009), a existência da participação social, em quaisquer de suas modalidades, não garante a efetividade das políticas públicas sem que ocorra a instituição da cultura de participação. A partir disto, será possível ampliar a percepção crítica sobre a realidade e agir politicamente, no conflito e na construção da cidadania.

“Grande parte da prática política alicerça-se nos princípios das necessidades no sentido funcional, como condicionante da sociedade de consumo, ou como uma imposição de exigências sociais e econômicas. Brota daí a crise ante as mediações historicamente possíveis para a expressão dos interesses preferenciais e os conflitos visualizados” (RUSCHEISKY, 2009, p. 76).

Trago a citação à reflexão para o argumento de que apesar dos entrevistados perceberem a gravidade dos aspectos relacionados aos resíduos, água e esgoto quando questionados, no dia a dia, aparentemente, isto não ocorre, pois isto não implica diretamente nos interesses ou no elenco de suas necessidades. Ou seja, o saneamento básico não é percebido como problema proeminente por que não afeta a vida dos entrevistados, diretamente e, portanto, não é pauta de preocupação.

Quando perguntados especificamente sobre o tema ‘resíduos sólidos’, G1 respondeu que *“como a cidade é pequena, tem recolhimento duas vezes por semana, mas não sei para onde vai? Não tenho muita certeza, tem uma empresa terceirizada que recolhe e eu não tenho certeza do destino”*. Este entrevistado é gestor municipal da saúde e ignora o destino exato dos resíduos sólidos produzidos no território em que reside. *“Antigamente tinha um lixão, mas daí eu acho que foi a Fepam que fiscalizou e hoje o lixo é levada para outro lugar, está melhor”* (U4), informa o conselheiro.

“Nós sempre tivemos problema com o lixo na cidade, por causa dos cachorros, que arrebatam os saquinhos e aí espalha tudo, então por causa disso que eu acho que sim, o lixo é

um problema para a saúde das pessoas” (G2). Esta manifestação do gestor ocorreu a partir do questionamento quanto à relação do lixo com a saúde humana. Outra fala que está em sintonia é de T4, quando afirma que “nós ainda não temos um trabalho forte nisso, mas sabemos que o lixo tem a ver com zoonoses e vetores, e que precisamos eliminar os focos, com a ajuda das pessoas e isso passa por uma educação maior, não deixar o lixo na rua”.

Embora aparentemente as cidades menores não sejam produtoras de grandes quantidades de resíduos sólidos, ao ponto de isto significar um problema que chama a atenção à percepção visual, ainda assim as entrevistas revelaram que os respondentes têm preocupação com a incidência do lixo na área urbana das cidades, principalmente, conquanto não tenham feito uma associação clara e direta com o tema ‘saúde’. A associação surge a partir da interrogação quanto aos riscos socioambientais que o lixo causa na saúde das pessoas, *“ele causa doenças, mas se me perguntar quais, eu não sei direito”*, como revela U4.

Jacobi e Besen (2011) destacam a importância de desenvolver políticas públicas de longo alcance para a questão dos resíduos sólidos, primando pela reciclagem de materiais e a diminuição da emissão de resíduos. O tema dos resíduos sólidos foi amplamente discutido ao longo de 2013 frente à urgência legal para as gestões públicas se adequarem à Lei Federal 12.305, de 02/08/2010, que imputa a responsabilidade de formularem os respectivos Planos Municipais de Resíduos Sólidos. Ainda assim, a área da saúde não é participante ativo deste debate.

No que tange a água, perguntados sobre a origem da água de consumo humano, as respostas indicam o fornecimento público a partir de poços artesianos, informando ainda que a água é clorada, por que ela *“tem gosto, e aí nos explicaram que é por causa do tratamento”* (U3). A água é praticamente universal no meio urbano, mas, no interior ainda há famílias sem acesso, especialmente em áreas mais distantes, como revela G1, afirmando que *“realmente no interior ainda tem algumas comunidades*

aonde a água chega difícil, por que é muito longe [...] daí tem gente que usa de fonte natural, de nascentes, de poços, por que não tem rede de água”.

Consumir água de qualidade implica melhores condições de saúde, visto ser componente essencial do corpo humano (BRASIL, 1997). O consumo de água sem potabilidade adequada é razão de adoecimento de parcela importante da humanidade (OPAS, 1999). Cabe ao poder público fornecer água de qualidade à comunidade local mediante redes com tratamento adequado.

Em relação ao esgotamento sanitário, as respostas indicam que a solução principal citada são as fossas sépticas com sumidouro. *“Hoje em dia, já faz alguns anos, as casas são fiscalizadas, assim, quando se constrói, o fiscal da prefeitura precisa ser chamado para ver a fossa séptica instalada, antes de fechar”* revela (G2). Mas, o mesmo entrevistado informa que não sabe como era antes e que em casas mais antigas ainda podem existir fossas rústicas ou mesmo ter ligação direta do esgoto cloacal com a rede pluvial, solução inadequada, de risco para a saúde humana, na medida em que polui os mananciais de água.

Neste sentido, U1 afirma, em tom de queixa, que *“ah, tem muito cheiro nas ruas, mais no fim do dia, quando as pessoas estão em casa, tomam banho, aí eu acho que nem todo mundo tem a fossa certa”*, constatação que é partilhada por outros entrevistados, embora não o manifestem explicitamente.

Questionados sobre a relação do esgotamento sanitário e saúde, T1 sintetiza a fala da maioria dos entrevistados, ao apontar que:

Tem relação sim, a gente sabe que é um problema, mas como a cidade é pequena não tem assim esgoto correndo a céu aberto, tem o cheiro, acho que tem problema nas fossas das casas, nem todos está perfeito, mas não é um problema visível, então parece que não incomoda tanto as pessoas [...] acho que precisava ser feita alguma coisa, mas nós da saúde ainda não caminhamos neste sentido, não sei se é nós que tínhamos que começar este trabalho (T1).

O conselheiro de saúde T1 explicita um olhar peculiar de que em sua cidade há problemas ou riscos relacionados ao esgotamento sanitário e que isto pode implicar em riscos a saúde, mas, por outro lado, não leva o debate ao controle social, nem percebe a questão como essencialmente de sua responsabilidade. Nos conselhos de saúde o tema não está na pauta de preocupações prioritárias, apesar de que em alguns municípios os PMS terem incluído ações de implantação de fossas sépticas e sumidouros. *“Acho que nunca falamos disso no conselho, não me lembro, pelo menos [...] nós falamos mais das coisas das doenças do dia a dia, de conseguir as cirurgias, remédios, nada de esgoto”*, informa T3, em discurso similar ao da maioria dos conselheiros, que reflete o foco do conselho, pouco afeito à promoção da saúde, via melhoria das condições de vida das pessoas.

Todos os entrevistados, confrontados a relacionarem saúde e o saneamento básico, após reflexão, dizem que *“sim, tem a ver, mas a gente não tratou disso no conselho, nem se dá conta”*, sintetiza T1. *“É, parece que agora que tu perguntou, a gente deveria ter pensado nisso, mas é que isso não parece que é da saúde, parece mais das obras, ou de outra secretaria [...] mas tem sim a ver com nós, com o conselho”*, completa U3.

Em síntese, os conselheiros, questionados sobre os riscos ambientais incidentes nos seus municípios mostraram-se dispostos a responder e contribuíram para o debate. No entanto, revelaram que os temas não são levados às plenárias do CMS e a razão que me parece essencial é que isto não lhes ocorreu. Na prática, as questões relativas à água potável, ao esgoto e aos resíduos sólidos são imperceptíveis aos conselheiros no cotidiano, ou seja, não se apresenta como um dilema real, que gere algum desconforto que implique ação.

5.4.4 Os conselheiros de saúde e a articulação das políticas setoriais e intersetoriais

Segundo Cortes (2009) e Moreira e Escorel (2010), a presença dos atores no conselho pressupõe objetivos que desencadeiam a ação, na busca de soluções para demandas, que podem ser de ordem individual (referentes às demandas de um ator, especificamente) ou coletiva dentro do SUS. A instituição 'conselho de saúde' carrega em si a definição da sua potencialidade, dando sentido à ação desenvolvida pelos atores que participam da cena, o que a partir do proposto por Berger e Luckmann (2010), implica constituir-se o conselho em uma "comunidade de sentido", ou seja, com o fim de construir políticas de saúde de forma participativa, respaldadas pelos interesses dos atores.

Por "comunidade de sentido", no caso do conselho de saúde, pode-se entendê-lo na razão do encontro real e pessoal do indivíduo com o outro participante, numa relação compreensiva das posições individuais e, assim, permitindo-se a contraposição democrática de interesses setoriais. Neste contexto, Berger e Luckmann (2010) referindo-se à crise de sentido da modernidade, apontam a discrepância entre o ser e o dever ser como emblemático nas sociedades modernas, pluralistas, complexas, onde a diversidade de concepções de mundo entra em choque (MORIN, 2004), quadro que se presencia na realidade dos conselhos de saúde e seu jogo em torno da defesa de interesses particularistas.

Prado (2001) refere-se às ações coletivas a partir de identidades coletivas como meio político para a publicização das demandas dos diferentes atores sociais, enfrentando-se a particularização dos interesses e, por conseguinte, ampliando e qualificando o processo de participação social. O conselho de saúde reflete de alguma forma, uma tendência de "crise de identidade" pós-moderna na medida em que ocorre o entrechoque de forças historicamente situadas. Na realidade, trata-se de um contexto de incertezas, de fragmentação ao invés de aproximação de interesses, no qual a sociedade se confronta com rupturas de identidades, significantes da crise

de sentido frente às incertezas do mundo (TOURAINÉ, 2009). Os atores sociais ocupam espaços na sociedade, lutam por este lugar, numa posição de sujeito em torno do reconhecimento dos outros e pertencimento social, via acúmulo de poder simbólico (BOURDIEU, 2009). No conselho de saúde, tal qual em outros espaços de representação, a identificação ocorre a partir de interesses que são aproximados.

Trata-se de analisar a realidade social local, o que implica a crítica à atuação do profissional de saúde, da instituição hospitalar³⁴ ou do gestor (se for o caso). Trata-se de definir os recursos financeiros, sua alocação e a priorização de ações e serviços de saúde, matemática que não necessariamente agrada a todos e, na contrariedade, apresentam-se as armas que, colocadas na mesa, indicam o peso do jogo político que se revela (MOREIRA e ESCOREL, 2010).

“Se não houver mais recursos para o hospital, ele quebra”. “A tabela é baixa e não dá para operar por estes valores, os salários são muito baixos”. “Precisamos de mais remédios nos postos de saúde”. “Não tem fisioterapia no posto”. “Não há recursos para tudo isso, então, o que cortamos?”

Estes questionamentos são comuns no âmbito do Conselho de Saúde e demonstram que não se trata de um encontro descarregado de significados. A socialização a partir do diálogo interposto faz crer possíveis ruídos na comunicação, afinal, em não havendo condições de atender a todos os interesses setoriais, alguém deverá ceder. Compreender de forma aprofundada os mecanismos que agem no processo de decisão em torno da definição de políticas públicas no âmbito do campo da saúde nos parece uma questão pertinente. A partir desta compreensão, a radicalização da democracia via instrumentalização dos atores sociais fragilizados talvez proporcione maior equidade de condições para o diálogo entre os atores agregados.

³⁴ Por uma questão de delimitação da investigação no presente caso não se contempla uma caracterização dos hospitais e os mecanismos participativos, individuais e coletivos, utilizados nos mesmos.

A partir das entrevistas, visualiza-se que há uma diversidade de compreensões sobre os temas ambientais, seus riscos específicos e aqueles que impactam a saúde. Embora em média os entrevistados reconheçam que há um conjunto largo de entraves ao ambiente sadio em seu município, o assunto não levantou maiores reflexões. Alguns desconhecem o que é efetivado nas políticas públicas ou mesmo ignoram para onde vai o lixo que produzem. Obviamente que o desconhecimento destes conselheiros não é apenas deles; provavelmente a grande maioria da população encontra-se no mesmo nível de informação. Por outro lado, todos os entrevistados estão legitimados na função de conselheiros de saúde e, por consequência, constituídos do poder de propor políticas públicas relacionadas à 'saúde e ambiente'.

No desenvolvimento das entrevistas, interrogou-se sobre a responsabilidade do CMS em face dos riscos socioambientais relacionados ao saneamento básico e, complementarmente, de quem é a responsabilidade, visto que a condição ideal de manejo no tema significará promover saúde.

Neste sentido, G2 reflete que *"o pessoal da saúde, eu secretário, os profissionais, estão sempre na correria para atender as pessoas que procuram ajuda para seus problemas de saúde [...] a própria população quer assim e isso nos deixa pouco tempo para ações diferentes"*. Na mesma linha, T3 informa que *"a formação como profissional não tocou nesses assuntos, e isso acaba sendo uma deficiência que se tem"*, ao que *"é realmente uma questão para a gente avaliar na saúde da família, na equipe, por que hoje a gente não faz, até por que talvez falte um pouco mais de informação"*, complementa T4. Ambas as falas remetem ao enfoque do trabalho no adoecimento da população e da falta de tempo e de perspectiva na reversão do processo centrado na doença.

O representante dos usuários no CMS, U4 manifesta que *"realmente estes são problemas que pensando agora tem muito com saúde, que precisava de pensar como fazer alguma coisa a mais [...] que isso também é nosso, dos conselheiros, mas a gente não se dá*

conta”, pois, como explicita U1, “o conselho olha muito para o sofrimento dos doentes e esquece do resto [...] não é errado, mas também não é certo, por que a gente precisa pensar nisso também”, reflete.

Os Conselhos de Saúde dos municípios investigados, em que pese alguns PMS apontarem ações diagnósticas e proposições de políticas públicas relacionadas ao saneamento básico, não instituíram na sua identidade uma preocupação fundamentada com a temática ambiental, possivelmente por não perceberem claramente esta aproximação. Aqui mais uma vez cabe o argumento de que a questão ambiental não foi percebida como uma dimensão relevante para a qualidade de vida na sociedade local, especificamente nestes três temas – água, resíduos, esgoto e, portanto, estão fora da agenda de prioridades.

Na verdade, acho que nunca pensei sobre isso [...] quando vim ser conselheiro eu me perguntava o que a gente ia fazer, e nunca me passaram quais assuntos a gente devia discutir, aí a gente vai vindo assim [...] agora que a gente pensa sobre isso, a gente vê que isso também é do conselho e que a gente devia se preocupar com isso, fazer alguma coisa, que isso é nosso assunto (U3).

Esta fala implica no reconhecimento da falta de foco na amplitude do trabalho do conselheiro de saúde e nas possibilidades concretas de ampliar o debate a partir da tomada de consciência inscrita na relação saúde e ambiente, o que é no mínimo alentador. No entanto, o que se percebe é que esta autocrítica surge a partir da interrogação suscitada pela entrevista, que desencadeia a reflexão, fato que se percebeu em muitos momentos, com diversos conselheiros. A expressão “eu nunca tinha pensado sobre isto” foi corrente durante a coleta de informações na construção deste trabalho, demonstrando o nível de superficialidade que permeia a atuação na condição de conselheiro de saúde.

Neste contexto, perguntados sobre possibilidades de ação intersectorial da saúde e de outras áreas no desenvolvimento de políticas públicas dirigidas ao saneamento básico, os conselheiros mostram-se reticentes, como reflete U3: “acho que

precisa, precisa ser junto, mas hoje eu ainda não vejo isso como prático, tem muito o de cada um puxar pro seu lado e alguém tinha que puxar a frente”.

Opinião semelhante é manifestada por T4, quando afirma que *“tem coisas que a gente consegue com outras secretarias, mas no dia a dia, todos parecem sempre muito atarefados nas suas coisas e não se consegue sentar junto para pensar, para planejar, aí é cada um por si”*. Ambas as declarações são feitas em tom pessimista, deixando explícito que percebem o isolamento das políticas, cada qual fazendo a sua parte, de forma partida, sem conectar ações que são comuns.

Nós podemos sim, e eu acho que devemos trabalhar em conjunto com outros setores. Mas tem coisas que a gente não domina direito, que é como que um problema cultural já. Na saúde parece que a gente precisa sempre estar atendendo e se não for assim está tudo errado. Fazer uma reunião, fechar o posto, já dá bronca, as pessoas não aceitam, o prefeito é incomodado e chama a atenção. Não é querer ser pessimista, mas eu ainda sou quanto a isto (G2).

A declaração em tom de desabado de G2 reflete a dificuldade do desenvolvimento de um trabalho intersetorial, de fato, o que implica no comprometimento de diferentes atores no processo de análise da realidade e, a partir daí, no pensar coletivo em torno das interrogações e sua resolução sob o prisma de diferentes olhares (ANDRADE, 2006). Ao mesmo tempo, o gestor também explicita outro dilema relevante, qual é o de desenvolver um trabalho voltado a práticas de promoção da saúde, inclusive, na medida em que apenas o procedimento realizado diretamente com o cidadão adoentado é valorizado, em sua opinião.

O campo da saúde se desenvolveu na assistência a doença e a promoção da saúde vem como novidade neste meio, ao propor uma reconfiguração das práticas sociais, reconhecendo o ser humano em dimensões acima do campo biológico, incorporando sua produção social (FERREIRA e BUSS, 2002; NUNES, 2007b).

No caso específico das práticas intersetoriais, nos municípios investigados, as ações que correlacionam saúde e ambiente mostraram-se tímidas, focadas na

qualidade da água, prerrogativa legalmente imputada aos municípios, fundamentalmente. “Neste momento nós da saúde não estamos fazendo nada quanto a isto, nosso trabalho é quase todo curativo, até os agentes de saúde não olham muito para isso”, revela T4. Os seguintes discursos reforçam a dificuldade de desenvolver uma prática intersetorial no campo da saúde e ambiente, visto o distanciamento que se verifica na atualidade:

Tem coisas que a gente senta com a educação, com a assistência social, mas no meio ambiente não, a gente não trabalha com isso hoje [...] se seria possível? Sim, claro, mas hoje a gente nem enxerga o que os outros estão fazendo, aí fica difícil começar a conversar (T1).

No Conselho de Saúde ficamos muito nas coisas da doença, das fichas, dos remédios, do dinheiro que vem de onde é aplicado e os projetos, não tem muita conversa sobre outras coisas. Até acho que não tem muito como ser diferente, por que penso que nos faltam mais detalhes para muito mais. Como que o hospital em que trabalho poderia contribuir com as coisas do esgoto ou da água? Hoje não sei responder isso (P4).

Discursos neste tom foram comuns em praticamente todos os entrevistados. A centralidade do debate em torno do adoecimento, seu diagnóstico e tratamento, minimizando a abordagem integral focada na promoção da saúde diminui a potência do campo da saúde enfrentar o desafio de inserir o saneamento básico como foco das políticas públicas com foco intersetorial.

“As necessidades e os valores sociais são definidos e redefinidos de acordo com a racionalidade da dinâmica sociocultural, marcada pela vontade e o julgamento que comandam as motivações para o agir na esfera pública, consoante com as diferenciações relativas às distintas épocas históricas, sociedades, classes e grupos sociais. Afinal, as necessidades sociais não são homogêneas, nem fixas e nem seguem leis pré-estabelecidas” (BARROS, 2013, P. 320)

Barros (2013) destaca esta heterogeneidade social no que se refere à questão ambiental que, apenas a partir da década de 1960 entrou no campo de estudos das ciências sociais, ao ponto de organizar-se uma sociologia ambiental, em torno de movimentos de contestação às políticas ambientais (ou a ausência delas) no cenário internacional. Em síntese, novas demandas sociais implicam o reordenamento dos campos de estudo e, neste sentido, a compreensão do devir em relação ao tema.

O desafio que se impõe é qualificar os processos democráticos visando ampliar o controle social, no intuito de enfrentar o paradigma da saúde focado na doença e, do contrário, desenvolver políticas de saúde amparadas na promoção da saúde. Neste sentido, em resgate a algumas afirmações do documento que lança a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), destacamos que

“[...] a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas” (BRASIL, 2006e, p. 9).

“ [e] a promoção da saúde, como uma das estratégias e produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias [...] contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2006e, p. 10).

“[além disso], no SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país [e] potencializam formas mais amplas de intervir em saúde” (BRASIL, 2006e, p. 10).

Os três extratos do texto de abertura do documento citado expressam este desejo de uma multidão de brasileiros que querem um sistema universal, integral e justo. Trata-se de um processo em andamento, evoluindo ainda, mas que demanda um esforço dos atores sociais em defesa do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS - Conselhos de Saúde, Planos e Políticas Públicas

Com o surgimento de um grande número de Conselhos de Saúde na década de 1990 abrem-se arenas para a relação dialógica de atores sociais que têm em comum a preocupação com a temática saúde/doença, reconhecendo-se, contudo que tal interesse provém de perspectivas diferentes.

Prestadores de serviços de saúde (governo, profissionais, hospitais, entre outros) e usuários se encontram com a 'missão' de pensar as políticas de saúde e deliberar sobre as prioridades que se impõe na realidade local, nos limites da sua autonomia. São atores estatais ou societais, frente a frente, que se constituem em um novo exercício de democracia, dirigido a partir dos fatores motivadores heterogêneos que conduzem as práticas políticas dos conselheiros, tanto no campo da saúde quanto nas questões atinentes aos problemas socioambientais.

No caso dos municípios de menor porte, como são os da região da 16ª CRS, a organização social em torno de movimentos de contestação da realidade social ou reivindicatórios de direitos é fragilizada, considerando a ausência de movimentos/representações politicamente mais instrumentalizados. Talvez a pouca coesão seja determinada por certo grau de despolitização da população, sendo que o direito político do cidadão se resume ao voto e, deste modo, ao eleito é outorgado o poder de decidir. Esta realidade não é diferente no que concerne aos conselhos dirigidos às outras políticas sociais, como é o caso dos Conselhos de Educação, de Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Agricultura, entre

outros, segundo percebemos em nossa trajetória. O que se apresenta, neste contexto, é a dificuldade em constituir Conselhos de Saúde efetivos, ao longo do tempo, mesmo decorridos mais de 20 anos desde a aprovação da legislação básica que garante o direito ao controle social das políticas de saúde.

Voltamos às interrogações que já lançamos ao longo desta jornada: quais as características de um conselheiro de saúde ideal, plenamente ciente das suas responsabilidades e de seu papel dentro do cenário político em que se encontra? Qual a dimensão da capacidade de diálogo frente aos outros participantes deste cenário, nas relações sociais que se constituem? Que conhecimentos básicos devem dominar para que possam analisar a realidade social em que vivem, propondo soluções aos problemas que são comuns aos outros conselheiros e construir os meios para que as soluções se efetivem?

Estas questões mantêm-se em aberto, embora pudéssemos descrever um tipo-ideal de conselheiro, o qual reunisse as condições de excelência para o desempenho político-institucional no planejamento da saúde a partir da leitura da realidade. Todavia, no cotidiano, percebemos o contrário, a falta de uma ação mais efetiva dos conselheiros frente às demandas que não sejam aquelas atreladas ao adoecimento, seu diagnóstico e tratamento. Para tanto, vejamos este pequeno texto:

São 18 horas e os conselheiros de saúde chegam, um a um, à sala de reuniões. Assentam-se às suas poltronas, colocadas em círculo. Eles representam diferentes setores na sociedade: alguns são atrelados à gestão municipal, outros são profissionais de saúde e ainda há aqueles que representam os prestadores de serviço e têm também usuários das Unidades de Saúde. Em comum a tarefa de deliberarem sobre as políticas de saúde local e fiscalizar o bom uso dos recursos financeiros e a implantação de ações e programas de cunho promotor de saúde, prevenção de doenças e agravos e assistência/recuperação daqueles adoentados. A lei lhes dá guarida. Todos, na ordem regimental, coadunam da mesma função e, desta forma, a saúde pública local avança, a passos largos. “Se não houver mais recursos para o hospital, ele quebra”; “A tabela é baixa e assim não dá para operar por estes valores, os salários são muito baixos”; “Não há recursos para tudo isso, então, o que cortamos?”. As discussões avançam e os donos do hospital, o médico, o

secretário da saúde lançam suas demandas sobre a mesa. O usuário, operário, trabalhador, dona de casa, escutam e estão ali para decidirem juntos. Quais suas reivindicações? O que pensam do jogo de forças em entrelaço que estão representadas na arena? Quais as condições que têm para reivindicar e argumentar frente ao capital que cada participante acumula? (experiência pessoal do autor, em reunião assistida em abril/2011).

A nota que lançamos para reflexão é a descrição de uma cena vivenciada em um Conselho de Saúde há mais de dois anos. Nesta cena encontramos um desnivelamento de forças/poderes que são significantes no ato de “decidir”; de um lado o capital atribuído aos atores historicamente condutores do processo de decisão, tais como os gestores, os médicos e os donos do hospital; do outro lado, os atores sociais (usuários, especialmente) desprovidos de capital simbólico suficiente para influir de fato na decisão, a não ser que algum deles concentre um capital político específico, com poder de argumentação frente ao conflito de interesses, o que na nota não era o caso, pois não se viu ali ninguém disposto a contestar a dinâmica da reunião. Para exemplificar este desnivelamento, lançamos mão de mais uma nota, na qual está clara a assimetria nos poderes presentes no âmbito do CMS:

A reunião do conselho municipal de saúde reúne-se no final da tarde. Na sala, os conselheiros e alguns assistentes e acadêmicos. A reunião começa e o primeiro ponto de pauta diz respeito à prestação de contas de um recurso federal que o município recebeu. O contador da prefeitura apresenta uma série de tabelas e números, por meio de diapositivos de data-show. “Despesas de capital, despesas correntes, inversões financeiras...”. Ao final da exposição, os conselheiros aprovam as contas, sem perguntas ao contador. Segue-se a reunião e um conselheiro questiona sobre a falta de medicamentos na unidade sanitária. O gestor municipal, rispidamente, corta a discussão dizendo que tal tema não está na pauta... (síntese de relatório de participação de um acadêmico da disciplina de Saúde Coletiva/UNIVATES/2011).

O que percebemos nesta nota, de início, é a técnica sobrepondo-se ao conhecimento, o que por si só constitui violência simbólica que permeia as relações de poder. Na prestação de contas os conselheiros de saúde aprovam a prestação de contas, possivelmente concentrando dúvidas, mas, mesmo assim, não perguntam nada ao especialista, o contador. O segundo destaque é quanto ao corte no diálogo

imposto pelo gestor ao mencionar que determinado tema, a falta de medicamentos, não está na pauta. Não há abertura ao diálogo franco, a menos que o tema seja do interesse daquele que comanda a cena.

Nesta tese nos propusemos a “conhecer as potencialidades e dificuldades para o desenvolvimento de políticas públicas setoriais e intersetoriais dirigidas aos problemas socioambientais a partir dos atores sociais participantes de conselhos de saúde de municípios de pequeno porte da região do Vale do Taquari (RS)”. Este foi o nosso objetivo geral e, transcorrida a jornada o que vimos são problemas que são reflexos da conjuntura do modelo de democracia liberal que vivemos. Ao mesmo tempo em que se busca ampliar espaços de participação social, garantindo o direito à deliberação em torno das políticas públicas, tais espaços não são efetivos na sua potência.

Para o desenvolvimento da reflexão, nos propusemos a “avaliar os Planos Municipais de Saúde (PMS) de um conjunto de 24 municípios da região quanto às políticas públicas setoriais e intersetoriais dirigidas aos problemas socioambientais, especificamente aqueles relacionados ao destino do lixo (resíduos sólidos), qualidade da água e esgotamento sanitário” e o que vimos é motivo de preocupação.

Os PMS são, em sua ampla maioria, extremamente pobres em conteúdos relacionados aos problemas socioambientais, tanto no que diz respeito ao diagnóstico da realidade quanto na descrição do que está em desenvolvimento ou do que pode vir a ser executado. Salvo algumas exceções, os problemas socioambientais não estão na pauta dos CMS e de seus participantes, os conselheiros, quaisquer que seja sua representação. Em contrapartida, é a “indústria da doença” que opera a cena, o debate. A agenda de deliberações, por conseguinte, mantém-se focada nas ações de saúde de nível secundário e terciário, prioritariamente, em detrimento à atenção primária em saúde e mais especificamente, à promoção da saúde.

Com efeito, a água, os resíduos, o esgoto são temas estranhos aos conselheiros de saúde, os quais encontraram dificuldades em relacioná-los à promoção da saúde. Os PMS são reflexos disso, pois, em todos eles, estes temas aparecem de forma superficial, se é que aparecem. Se levarmos em conta que boa parte dos conselheiros sequer conhece o PMS de seu município, não tendo participado da sua elaboração, a preocupação aumenta, haja vista que estes PMS foram elaborados pela expertise técnica do campo da saúde, os profissionais da rede de saúde e os gestores. Neste sentido, mesmo a expertise técnica não considerou os problemas socioambientais, inscrevendo-se com profundidade de análise no PMS. Em síntese, os PMS são resultado das questões hegemônicas do campo da saúde, no nível municipal, refletindo a pouca afinidade dos atores sociais participantes com a condição ambiental local.

Para chegarmos a esta conclusão, foram entrevistados 14 conselheiros de saúde, oriundos das quatro representações, da sociedade (societais) e do governo (estatais), com o objetivo de identificá-los enquanto “atores sociais do campo da saúde participantes do CMS, implicados no processo das políticas públicas com características intersetoriais que relacionam saúde e ambiente, analisando seus discursos sobre os problemas socioambientais que ocorrem nos municípios e a relação que estabelecem com o processo saúde-doença e avaliar a ação destes atores sociais dos conselhos de saúde quanto à relação ambiente e saúde”.

O que podemos revelar como conclusão é que os conselheiros destes municípios são, antes de tudo, sujeitos interessados no desenvolvimento de seus municípios, preocupam-se com o campo da saúde, com a assistência às pessoas adoentadas e com seus interesses particulares. Entretanto, quando interrogados sobre os PMS e os problemas socioambientais que ocorrem em seus municípios, as respostas demonstram que não há debate efetivo. A maioria ou desconhece os PMS ou apenas “ouviu falar” ou “teve um contato” ligeiro, sem aprofundamentos, à

exceção de um ou outro participante que esteve implicado na construção do documento, no caso profissionais de saúde e gestores.

Desconhecer o PMS pode ter significados diversos, desde a conclusão de que este é um documento dispensável no dia-a-dia, pois não é de fato resultado de um planejamento, seja normativo ou estratégico, que lance perspectivas futuras. Em outras palavras, trata-se de um documento que existe por que a esfera estadual/federal determinou sua obrigatoriedade, mediante edição de legislação específica. Outro significado que podemos atribuir ao desconhecimento do PMS pode ser a atitude desinteressada dos conselheiros, seu pouco envolvimento e comprometimento com a posição que ocupa, na medida em que não procura conhecer de fato as políticas públicas de saúde (e ambiente), traduzindo seu mandato em participações pálidas nas reuniões plenárias dos CMS. Uma terceira interpretação ao desconhecimento é a possibilidade de que o contato ao PMS não foi facilitado pelo gestor da saúde, reduzindo o debate político no âmbito do CMS às questões rotineiras e burocráticas atreladas à prestação de contas, por exemplo.

As políticas públicas de saúde dos dois municípios à que pertencem os conselheiros entrevistados mantêm-se no contexto do que é proposto pelo ente estadual e, apesar de dispor de autonomia na condução do sistema local, não há sinais de que se desenvolvam ações e serviços de saúde descoladas do recomendado pela SES.

Os PMS são sucintos, não inovam, não indicam um planejamento estratégico situacional. Pelo contrário, são planos normativos, que descrevem uma realidade e propõe ações que podem ser descoladas do diagnóstico que consta nos planos, sem que ocorram prejuízos na execução das propostas. Em outro sentido, a nosso ver, o diagnóstico proposto no PMS não é determinante às proposições que se seguem no próprio PMS, o que nos faz crer que a construção dos PMS se deu sem a devida reflexão e, por conseguinte, reduzem-se quaisquer possibilidades de que venham a

ter efetividade ou, de outro lado, sejam instrumento de consulta para o desenvolvimento da programação anual das ações e serviços de saúde.

No que diz respeito à aproximação sugerida nas entrevistas entre saúde e ambiente, as respostas são a demonstração de que tal reflexão não ocorre no debate das políticas públicas de saúde local. Inicialmente, o único ponto que aparece com alguma frequência são ações dirigidas ao controle da qualidade da água de consumo humano e isto se deve fundamentalmente por que é atribuição atinente à vigilância em saúde. Mas, mesmo quanto à água, os conselheiros não souberam informar um diagnóstico mais aprofundado da condição atual nos municípios. Em relação aos resíduos sólidos e ao esgotamento sanitário, as perguntas causaram estranhamento e manifestações de surpresa tais como “não havia pensado sobre isso”. A maioria dos conselheiros, por outro lado, reconhecem a importância dos temas, até por que estão nos meios de comunicação, cotidianamente, midiaticizados pelos riscos potenciais que representam na atualidade.

De qualquer forma, conclui-se pela fala de ação dos CMS quanto aos problemas socioambientais incidentes em seus municípios, a partir do que vimos nos PMS e do que foi revelado nas entrevistas. Os CMS não atuam sobre os problemas socioambientais locais, pois estes não são percebidos como relevantes pelos conselheiros, aparentemente. Nem água, nem resíduos, nem esgotamento sanitário merecem capítulos específicos nos PMS. Tampouco outros temas, como agrotóxicos, por exemplo, cujo uso é frequente na região da 16ª CRS, e sobre os quais não vimos menção nos 24 PMS estudados.

Neste ponto, ao visualizarmos nossas interrogações iniciais relativas à questão dos problemas socioambientais e sua relação com o campo da saúde, no nível municipal, a partir do olhar de conselheiros de saúde que formulam políticas públicas de saúde, podemos inferir que os conselheiros de saúde e, por conseguinte,

o CMS, mantêm-se focados em parte do problema da saúde, qual é de garantir assistência, mediante práticas de saúde voltadas à atenção secundária e terciária.

Nem os PMS, nem os discursos dos conselheiros nos indicam que esta arena, o CMS, é proativa para a promoção da saúde, efetivamente. Trata-se, antes disso, de um espaço em que se reproduzem as dificuldades do encontro de sujeitos muito diferentes em suas trajetórias e, neste contexto, com pouca potencialidade para a produção de práticas de saúde que considerem as desigualdades sociais que permanecem visíveis, mesmo nos municípios de menor porte, como é o caso do campo de pesquisa.

Os PMS são documentos oficiais, indispensáveis no âmbito municipal a partir do que define a legislação, conforme já referimos anteriormente. Planejar é antever questões que podem vir a constituírem-se problemas e, da mesma forma, significa programar ações e serviços para o controle das mesmas com a finalidade de organizar o sistema de saúde.

Neste sentido, ao nos debruçarmos sobre estes documentos para a construção desta tese, acreditamos que viríamos a encontrar: a) subsídios para compreender a organização das políticas públicas de saúde e, b) elementos que indicassem a definição de prioridades no âmbito municipal.

Pois, ao nos aproximarmos do desfecho da discussão, a reflexão possível é quanto à força dos temas hegemônicos em relação aos demais, visto que a doença é determinante da agenda tanto do PMS quanto do CMS. Promover saúde, neste contexto, com o desenvolvimento de modos de vida mais saudáveis, o que inclui as condições ambientais, nos parece ainda um grande desafio a ser confrontado.

Em que pese o discurso oficial e a própria existência tardia de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, lançada em 2006, ainda evoluímos pouco, ao menos nos PMS e nos CMS que analisamos.

A análise dos PMS nos propiciou este olhar sobre as ações públicas descritas e em desenvolvimento nos municípios estudados. E, ao mesmo tempo, demonstrou que há lacunas importantes que deverão ser superadas, o que depende da ação concreta dos atores sociais que formulam as políticas públicas. Os PMS não nos dão elementos suficientes para compreender os fatores motivadores para a inclusão ou não de determinados problemas no seu texto. O fato de os problemas socioambientais não estarem presentes na proporção que talvez imaginássemos adequado se deve à que fator? Para alcançarmos esta resposta se fez necessário o diálogo com os conselheiros.

Neste ponto, ao entrevistarmos o conjunto de 14 conselheiros nos deparamos com uma atitude de certa passividade frente aos problemas socioambientais, sonegados no horizonte de preocupações dos conselheiros. 'Se este tema não é um problema por não perceber que seja um problema, então não há por que me ater a ele'. Posso concluir que é neste aspecto que reside à deficiência no debate em torno da condição ambiental local atrelado ao campo da saúde. Não há associação efetiva dos temas, que não se aproximam no âmbito dos CMS. Ao somarmos à reflexão a ênfase que os conselheiros destinam à problemática da garantia da assistência a saúde, nós podemos compreender os motivos pelos quais os problemas socioambientais estarem praticamente ausentes do debate.

O que vimos ao longo deste trabalho é que a definição das políticas públicas se dá de forma prevalente a partir dos atores estatais, os quais detêm maior acúmulo de capital político. Neste aspecto, os gestores têm grande afluência sobre o funcionamento efetivo dos CMS, ao passo que na definição de suas prioridades poderá mover-se estrategicamente em direção de determinados atores societais, aliando-se em torno de interesses específicos, imprimindo restrições ou atendendo a favores.

A questão em análise, portanto, é outra. Os CMS são deliberativos e os atores sociais participantes do fórum têm suas prioridades. A questão é que tais prioridades se voltam ao modelo centrado na doença, que permeia a concepção de saúde hegemônica. As políticas públicas construídas neste contexto obviamente canalizarão esforços dirigidos a estas prioridades.

A região da 16ª CRS (RS), olhando em retrospectiva, a partir do fato de ser ator participante do cenário da saúde local, evoluiu na oferta de ações e serviços de saúde nos últimos anos, tanto na atenção básica quanto na assistência de média e alta complexidade. Com efeito, há fragilidades e potências.

Ao longo da tese nos dedicamos à reflexão sobre questões locais, seus problemas socioambientais e a perspectiva do desenvolvimento de políticas públicas que impactem nas condições de vida da população local. Os resultados que alcançamos demonstram que os atores sociais participantes dos Conselhos Municipais de Saúde e os Planos Municipais de Saúde não demandam maior atenção a estes problemas socioambientais e, em vista disto, o tema não transita suficientemente no campo da saúde, a nosso ver.

7. REFERÊNCIAS

- ADORNO, Rubens. Movimento Social e saúde: a saúde na esfera pública. *Saúde e Sociedade*, 1 (2): 1992, p. 111-124.
- ADRIANO, J. R., G. A. F. WERNECK et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, 2000.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ANDRADE, Luís Odorico M. de. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- AKERMANN, Marco. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
- AKERMANN, Marco et al. *Saúde e desenvolvimento: que conexões?* Em: CAMPOS, Gastão Wagner et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Cardoso. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- ARENHART, A. J.; ANDRADE, J. A. Participação social no Sistema Único de Saúde: uma utopia por se concretizar em municípios de pequeno porte no Vale do Taquari. In: M. C. Misoczky e R. Bordin (Ed.). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa, 2004.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 14, n. 40. São Paulo, 1999.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo Cesar. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. *Cadernos do CRH (UFBA)*, Salvador, v. 39, 2004, p. 55-81.
- ARTMANN, Elizabeth. *O Planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisectorial*. Acessado em 05/11/2013. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>.
- AUGUSTO Lia G. da S.; et al. *Saúde e Ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2003, p. 87-94.
- AVRITZER, Leonardo; et al. *Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil*. Volume II. Belo Horizonte: FINEP, 2009.

- AYRES, José Ricardo C. M.; et alii. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Em: CAMPOS, Gastão Wagner et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARATA. Rita Barradas. Como e por que as Desigualdades Sociais fazem mal à Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BARTOLOMEI, C. E. F.; CARVALHO, M. S. et al. A Saúde é um Direito! Revista Saúde em Debate, v.27, n.65, 2003, p.184-191.
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.
- BARROS, Antonio T. de. A visibilidade ambiental em perspectiva sociológica: estudo comparado Brasil-Portugal. Sociologias [online]. Vol.15, n.33, 2013, pp. 318-345
- BAUMANN, Zygmunt. Vidas para consumo: a transformação das pessoas em mercadorias. (tradução de Carlos Alberto Medeiros). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BECKER, Howard. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 4ª edição. Tradução de Marco Estevão Renato Aguiar. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- BENEVIDES, Maria Victoria. A questão social no Brasil. Rev. Videtur v. 3 (USP). São Paulo, p 7-14, 2001.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. A Construção social da realidade. 32ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.
- BERTOLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora Ática, 2006.
- BISPO JUNIOR, José Patrício e GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Ciência e saúde coletiva [online]. Vol.18, n.1, 2013, pp. 7-16.
- BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 9ª edição. Tradução de Mariza Corrêa – Campinas, SP: Papyrus, 2008.
- BOURDIEU, Pierre. A Distinção – crítica social do julgamento. Tradução de Daniela Kern; Guilherme Teixeira – São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2008b.
- BOURDIEU, Pierre. O poder Simbólico. 12ª Ed. Tradução de Fernando Thomaz (português de Portugal). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3ª edição, 3ª reimpressão. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL / Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Vigilância Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano. Brasília (DF), 2004. Acessado em 13/09/2013. Disponível em www.saude.gov.br/vigiagua.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características urbanísticas do entorno dos domicílios. 175 p. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão- volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento: Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 687, de 30/03/2006, institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios. Brasília: Athalaia, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental – Relatório Final. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Acessado em 23/09/2013. Disponível em: http://www.cidades.gov.br/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=6&Itemid=110. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SGEP. Planejamento em saúde no âmbito do SUS. Apresentação em Power Point no 25º Seminário de Municipalização da Saúde, realizado em 22/23/24 de julho de 2013. <http://www.cosemsrs.org.br/congresso2013/>

BROMBERGER, Suzy Mara T. A Estratégia de Saúde da Família numa perspectiva ambiental para a promoção de saúde. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.17, n.02, 2003. P. 15-24, 2003.

- BUSS, Paulo M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 2007, p. 77-93.
- CAMPOS, Gastão W. D. S. Reforma da Reforma: repensando a saúde. 3. Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2006. 220 p.
- CAMPOS, Gastão W. S. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Editora Hucitec, 2006b.
- CAPISTRANO FILHO, David. Da Saúde e das Cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: CULTRIX, 2005.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, 1998, p. 23-26.
- CARVALHO, Sérgio Resende. Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CARVALHO, Gilson. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.
- CARVALHO, Maria Beatriz M. et alii. Saúde Ambiental: uma Análise dos Resultados das Conferências Nacionais de Meio Ambiente, Saúde e Saúde Ambiental. *Sustentabilidade em debate*. V. 1, n. 1, 2010, p. 93-110
- CASTELLS, Manuel. O poder da identidade. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1996.
- CECCIM, RB e FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2004, p. 41-65.
- CECCIM, RB e FERLA, AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.
- CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES. Banco de Dados Regional – Perfil socioeconômico do Vale do Taquari. Acessado em 03/07/2012. Disponível em http://www.univates.br/files/files/univates/bdr/Perfil_VT_Setembro_2011.pdf.
- CHAUÍ, Marilena. Intelectual engajado: uma figura em extinção? Acessado em 20/11/2013, no site http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/intelectual_engajado.pdf.
- COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando. Em COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: 34, 2004, p. 255-269.
- COHN, Amélia. Descentralização, Saúde e Cidadania. *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*, São Paulo: Cedec, v. 32, 1994, p. 5-16.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. Lua Nova. Revista de Cultura e Política, São Paulo: Cedec, v. 19, p. 123-140, 1989.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. Em: CAMPOS, Gastão Wagner et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES NACIONAIS DE SAÚDE (CNDSS). Relatório Final da CNDSS. Abril/2008. Acessado em 31/05/2013. Publicado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. História e atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Site: <http://conselho.saude.gov.br>. Acessado em 27/12/2010.

CORDEIRO, H. SUS: Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2005.

CORREIA, M. V. C. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CORTES, Soraya. Balanço das experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade de participação de usuários. Revista Humanitas (IFCH/UFRGS), v. 24, n. 1-2, 2001, p. 115-129.

CORTES, Soraya. Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. Educar em Revista, Curitiba, v. 25, p. 143-174, 2005.

CORTES, Soraya. Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. a In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. e MARQUES, E. (org) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CORTES, Soraya V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25 (7): jul, 1626-1633. 2009a

CORTES, Soraya (org.). Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009b.

COSTA LIMA, G. Crise Ambiental, Educação e Cidadania: os desafios da sustentabilidade emancipatória. In: LOUREIRO, C. F. B. e LAYRARGUES, P. P. (Ed.). Educação Ambiental: repensando o espaço da cidadania. São Paulo: Cortes, 2002, 109-141

DALLARI, Dalmo de Abreu . Direitos humanos e cidadania. São Paulo: Modena, 1998.

DAL MASO, Renato Antonio. Saneamento básico no Brasil: a política nacional entre 1995 e 2007. Textos para Discussão FEE, n.105, 2012, 37 p.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health; Stockolm: Institute for Future Studies, 1991.

DATASUS. Banco de Dados do SUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 13/04/2013.

DEMO, Pedro. Charme da exclusão social. 2ª ed. Campinas: Autores Associados. 2002.

- DIAMOND, J. Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas. 3ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record. 2002.
- DRUMMOND, J. A. A História Ambiental: temas, fontes e linhas de pesquisa. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol.4, n.8, 1991, p.177-197.
- FAVERO, EDISON. Desmembramento territorial: o processo de criação de municípios - avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais / E. Fávero. -- São Paulo. 278 p. Tese (Doutorado) - Escola Politécnica d Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Construção Civil, 2004.
- FERRARO JUNIOR, Luiz Antonio and SORRENTINO, Marcos. Imaginário político e colonialidade: desafios à avaliação qualitativa das políticas públicas de educação ambiental. Ciência e Educação (Bauru) [online]. 2011, vol.17, n.2, pp. 339-352.
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Dados, v.52/1, 2009, p. 223-251.
- FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. Em: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- FREITAS, Carlos M.; PORTO, Marcelo F. Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.
- GALLO, Edmundo; SETTI, Andréia Faraoni Freitas. Desenvolvimento sustentável e promoção da saúde: implantação de agendas territorializadas e promoção da autonomia. Saúde em Debate – Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20. Rio de Janeiro, v. 36, n. especial, p. 55-67, jun 2012.
- GALVÃO, Luiz Augusto C. Galvão; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel (Organizadores). Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde. Publicação da OPAS e OMS: Editora Fiocruz, 2011.
- GORE Al. Uma Verdade Inconveniente. EUA 2006 (documentário).
- GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estudos Avançados 13 (35), p. 139-146; 1999.
- GUIMARÃES, A.J.A; et. al. Saneamento Básico 2007. Acessado em 13/02/2013. Disponível em <http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/leonardo/downloads>.
- HANNIGAN, John. Sociologia Ambiental. (Tradução de Annahid Burnett). Petrópolis (RJ). Vozes, 2009.
- HELLER, L. Saneamento e Saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 1997.
- HERMANY, Ricardo. Empoderamento Social Local. (organização de Ricardo Hermany). Santa Cruz do Sul: Editora IPR, 2010.

- HOCHMANN, Gilberto (org). Políticas públicas no Brasil. (Organizado por Gilberto Hochmann, Marta Arretche e Eduardo Marques). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- HOCHMANN, Gilberto. A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- HOCHMANN, Gilberto (org.) Federalismo e políticas públicas no Brasil. Organizado por Gilberto Hochmann e Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- IANNI, Áurea M. Z; QUITÉRIO, Luís Antônio D. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. Ambiente e Sociedade. São Paulo, vol. IX, n 1, jan./jun. 2006, p. 169-180.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Acessado em 20/06/2012. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Vulnerabilidade das famílias brasileiras cai 19% em 10 anos. Sítio de internet. Acessado em 31/05/2013. http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18249&catid=1&Itemid=7.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Diagnóstico dos Resíduos Sólidos Urbanos – relatório de pesquisa (2012). Acessado em 13/06/2013. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/121009_relatorio_residuos_solidos_urbanos.pdf.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Atlas do Saneamento 2011. Acessado em 24/05/2013. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas_saneamento.
- JACOBI, Pedro Roberto; BESEN, Gina Rizpah. Gestão de resíduos sólidos em São Paulo: desafios da sustentabilidade. Estudos avançados [online]. Vol. 25, n. 71, 2011, pp. 135-158.
- JATOBÁ, Sérgio Ulisses Silva; CIDADE, Lúcia, Cony Faria; VARGAS, Glória Maria. Ecologismo, ambientalismo e ecologia política: diferentes visões da sustentabilidade e do território. Sociedade e Saúde, v. 24, n. 1, Brasília, jan/abr, 2009.
- LALONDE, M. A New perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office the Canadian Minister of National Health and Welfares. 1974.
- LEAVELL Hugh R.; CLARK, Edwin G. Medicina Preventiva. SP, McGraw-Hill do Brasil, RJ FENAME, 1978.
- LEFF, Enrique. Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. 4ª edição. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2005.
- LENZI, Cristiano Luis. Sociologia Ambiental: risco e sustentabilidade na modernidade. Bauru (SP): Edusc, 2006.
- LEONETI, Alexandre Bevilacqua Leoneti; PRADO, Eliana Leão do.; OLIVEIRA, Sonia Valle Walter Borges de. Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. Rev. Administração Pública, v.45, n.2, 2011, p. 331-348.

- LOPES, José Sérgio L. Sobre processos de "ambientalização" dos conflitos e sobre dilemas da participação. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 12, n. 25, p. 31-64, jan/jun, 2006.
- LOUREIRO, Carlos Frederico B. (et al). A questão ambiental no pensamento crítico: natureza, trabalho e educação. Rio de Janeiro: Quartet, 2007.
- LUBAMBO, Cátia W.. Desempenho da gestão pública: que variáveis compõem a aprovação popular em pequenos municípios? *Sociologias*. N.16, 2006, pp. 86-125.
- MARANDOLA JR. Eduardo; HOGAN, Daniel Joseph. As dimensões da vulnerabilidade. São Paulo em Perspectiva, v. 20, n. 1, jan/mar, 2006 , p. 33-43
- MARCONDES, W.B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.
- MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, Londres, v. 365, n. 9464, mar, 2005, p. 1099-1104.
- MARQUES, Eduardo Cesar. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. *Rev. bras. Ci. Soc.* 1999, vol.14, n.39, pp. 182-186.
- MEDEIROS, Cássia Regina Gottler; et allii. O planejamento estratégico situacional na equipe de saúde da família de um município de pequeno porte. *Boletim da Saúde. SES/RS – Escola de Saúde Pública*. V. 22, n. 2, 2008.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Os Grandes Desafios do SUS: Tomo II. Salvador/BA: Casa da Qualidade, 2001.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Reflexões sobre a NOAS/SUS 01/02. Acessado em 29/10/2013. Disponível em www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: *Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de S (Org.). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos Coimbra E.A. Coimbra Júnior. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz, 2007.
- MINECUCCI, Thelma. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. e MARQUES, E. (org) *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- MOREIRA, Marcelo R.; ESCOREL, Sarah. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 34, n. 84, 2010, p. 41-46.

- MORIN, Edgar. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 10ª edição. Tradução Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- MOTA, Suetônio. Saneamento. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia e Saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- MOTTA, R. M. M., WESTPHAL, Márcia F.; BOGUS, Cláudia M.; e CARICARI, A.M. Panorama das Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Organização Pan-americana de saúde, 1998.
- NUNES, Everardo Nunes. Sociologia da saúde: história e temas. Em: CAMPOS, Gastão Wagner et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Saneamento: em 60% dos lares há problemas. Edição de 20/12/2011, p. 22.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Em 30 anos: Lajeado almeja passar de menos de 1% para 93% de esgoto tratado. Edição de 15/03/2012, p. 4.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Desenvolvimento socioeconômico: sem saneamento Vale do Taquari mantém-se estagnado há 10 anos. Edição de 22/03/2012, p. 4.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Municípios investem mais em iluminação e menos em saneamento. Edição de 30/05/2012, p. 4.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Plano de Resíduos Sólidos: prazo termina em 57 dias e três cidades concluíram documento. Edição de 06/07/2012, p. 4.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Eleições 2012- pesquisas eleitorais. Edições de 13, 15, 17, 18, 19 20/07/2012 . Ps. 14 a 16.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). O povo reclama das ruas e considera saúde prioridade. Edição de 06/08//2012. P. 04.
- O INFORMATIVO DO VALE (Jornal). Prefeituras engatinham em políticas ambientais. Edição de 1º/2 de junho de 2013. P. 20/21.
- OLIVEIRA, Mariá V. C.; CARVALHO, Anésio R. Princípios básicos do saneamento do meio. 8ª edição. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.
- OLIVEIRA, Francisco de. Collor: a falsificação da ira. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- OLIVEIRA, Francisco de. Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento. Em: A era da indeterminação. OLIVEIRA, Francisco de; RIZEK, Cibele Saliba (org.). São Paulo: Bitempo, 2007.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). The millenium development goals report. 2009. Acessado em 13/02/2013. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) El Movimiento de Municipios Saludables: uma Estratégia para la Promoción de la Salud en América Latina. v 96-14, Washington, DC/EUA. 1996.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Atenção Primária Ambiental. Washington, DC/EUA. 1999.

- PAIM, Jairnilson D.S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou o campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v.32, n.4, 1998, p 299-316.
- PAIM, Jairnilson D. S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- PAIM, Jairnilson D. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999b.
- PAIM, Jairnilson. Planejamento em saúde para não especialistas. Em: CAMPOS, Gastão Wagner et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- PAIM, Jairnilson. O maior desafio do Sistema Único de Saúde, hoje, no Brasil, é político (entrevista de Graziela Wolfarth). *Revista IHU – Instituto Humanitas Unisinos*. São Leopoldo. N. 376. 2011.
- PAUGAM, Serge. *Desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza*. São Paulo: EDUC/Cortes, 2003.
- PEREIRA, I. B. e M. N. RAMOS. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Conselho de Favores – controle social na saúde: a voz dos seus atores*. Rio de Janeiro: Garamond. 2012.
- PINHEIRO, R., R. B. CECCIN e R. A. MATTOS. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2005. 336 p.
- PIRES, Cecília M. Pinto; KEIL, Ivete L. M. Poder e direitos humanos. Em: *Direitos Humanos: pobreza e exclusão*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2000.
- PORTILHO, Fátima. *Sustentabilidade ambiental, consumo e cidadania*. São Paulo: Cortes, 2005.
- PORTO, Marcelo Firpo. Saúde, Ambiente e o Primado do Interesse Público. *Saúde em Debate – Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20*. Rio de Janeiro, v; 36, n. especial, jun/2012, p. 36-45.
- PORTO, Marcelo Firpo; SCHUTZ, Gabriel Eduardo. Gestão ambiental e democracia: análise crítica, cenários e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 6, jun/2012, p. 1447-1456.
- PRADO, M. A M. *Psicologia Política e Ação Coletiva: notas e reflexões acerca do processo de formação identitária do 'nós'*. *Revista Psicologia Política*, vol. 1, n. 1, 2001.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização – 2002*. Acessado em 06/06/2012.
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_rs_completo.pdf.
- RIVERA, Francisco J. U; ARTMANN, Elizabeth. *Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos história e propostas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

- RODRIGUES, Marta M. Assumpção. Políticas Públicas. São Paulo: Publifolha, 2010.
- ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.
- RUSCHEINSKY, Aloísio. Metamorfoses da Cidadania. São Leopoldo: Editora da UNISINOS, 1999.
- RUSCHEINSKY, Aloísio. Conflitos, meio ambiente e atores sociais na construção da cultura. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.
- SABÓIA, V. M. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto. 2003.
- SACHS, I. Estratégias de transição para o século XXI. Editora Cortêz, 1992.
- SACHS, I. Sociedade, Cultura e Meio Ambiente. Revista Mundo & Vida, Vol. 2(1). 2000.
- SANTOS, Boaventura. S. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 8. ed. São Paulo: Editora Cortes. 2001.
- SANTOS, Milton. Da Totalidade ao Lugar. São Paulo: Edusp, 2008.
- SANTOS, Jair L. F.; WESTPHAL, Márcia F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da Universidade. Revista Estudos Avançados. São Paulo, v. 13 (35), p.71-88, 1999.
- SCALON, Celi. O que os brasileiros pensam das desigualdades sociais? Em Scalon, Celi (org.): Imagens da desigualdade. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/UCAM, 2004.
- SCHWINGEL, Glademir. O processo saúde-doença nas concepções de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família e a sua relação com os problemas socioambientais (dissertação de mestrado). Disponível em:
http://www.univates.br/ppgad/discentes_turma1.php
- SECCHI, Leonando. Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SILVA FILHO, José Augusto da. Ciências Sociais e políticas: na área da segurança, saúde e meio ambiente. São Paulo: LTr, 2003.
- SILVA, Silvio Fernandes da. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão de literatura. Sociologias, n. 16, jul/dez, 2006.
- SOUZA, Celina. Estado da Arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMANN, et al. (org). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- SOUZA, Celina. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMANN, Gilberto (org.) Federalismo e políticas públicas no Brasil. Organizado por Gilberto Hochmann e Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SPERANDIO, A. M. G.; CORREA, C. R. et al. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis - São Paulo, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, Jul/Set 2004.

SPOSATI A.; LOBO E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, 1992, p. 366-378.

TAVOLARO, Sergio Barreira de Faria. "À sombra do mato virgem...": natureza e modernidade em uma abordagem sociológica brasileira. *Ambiente & sociedade*. Vol.11, n.2, 2008, pp. 273-287.

TESTA, Mário. Análisis de instituciones hipercomplejas. Em: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007.

TOURAINÉ, Alan. *Crítica à Modernidade*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.

UNIVATES – Centro Universitário. Banco de Dados Regional. Site; <http://www.univates.br/bdr>. Acessado em 10/12/2010.

VANDERLEI, Maria Ieda Gomes; WITT, Regina Rigatto. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e coprodução de sujeitos coletivos. *Saúde em Debate*. V. 27, n. 64. Rio de Janeiro, mai/ago, 2003.

VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1997.

VASCONCELOS, Eymard Morão. Formar Profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, Eymard M.; FROTA, Lia H.; SIMON, Eduardo. *Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 14, n.1, jan/mar, 2005, p 82-88.

VERONESE, Marília V.; GUARESCHI, Pedrinho A. Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. *Ciências Sociais Unisinos* 42(2); 85-93, mai/ago, 2006.

VITTE, Claudete de Castro Silva; KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. *Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Em: CAMPOS, Gastão Wagner et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.