

SAÚDE AMBIENTAL: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR

ENVIRONMENTAL HEALTH: A PROPOSED INTERDISCIPLINARY

Rafaela Rodrigues Ramos

MSc. em Saúde Pública e Meio Ambiente

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Meio Ambiente

rafaelauerj@uol.com.br

RESUMO

Tomando o campo da saúde ambiental, como uma estratégia interdisciplinar, que procura expressar a integração entre a saúde humana e a dos ecossistemas, o presente artigo procura entender o processo histórico-científico que viabilizou sua ascensão e incorporação na legislação brasileira. Ao abordar a saúde humana e a dos ecossistemas de maneira interdependente, o campo da saúde ambiental oferece subsídios teórico-práticos para a interpretação dos novos padrões saúde – doença, oriundos da resignificação da relação homem – meio. Concomitantemente, sua incorporação nos marcos institucionais – legais brasileiros irão enfatizar uma postura de co-responsabilização institucional, fomentando uma governança favorável há promoção de saúde ambiental, enquanto uma política pública intersetorial. Assim sendo, ao longo deste artigo, apresentaremos a evolução histórico – científica dos conceitos de natureza e de saúde, para então, entender a incorporação do campo da saúde ambiental na política brasileira.

Palavras-chave: Saúde Ambiental. Legislação. Meio Ambiente.

ABSTRACT

Taking the field of environmental health, as an interdisciplinary strategy that seeks to express the integration between human health and of the ecosystems, this article seeks to understand the historical - scientific process that enabled his rise and incorporation in Brazilian legislation. When addresses human health and of the ecosystems so interdependent, the field of environmental health offers theoretical and practical subsidies for the interpretation of the new standards health-disease, from the redefinition of the relationship man – environmental. Concomitantly, their incorporation in the institutional juridical mark brazilian will emphasize an attitude of co-institutional accountability, fostering a governance favorable environment for health promotion, while an intersectoral policy. Thus, throughout this article, we will present the evolution historical - scientific of the concepts of nature and health, to then understand the incorporation of the field of environmental health in Brazilian politics.

Keywords: Environmental Health. Legislation as Topic. Environment.

INTRODUÇÃO

O vigente modelo de desenvolvimento econômico e social, complexificou os problemas ambientais e de saúde pública, dificultando sua compreensão por uma única perspectiva, visto que envolvem, simultaneamente, fenômenos físicos, biológicos, ecológicos e sociais. Neste contexto, a complexidade engendrada pela relação entre saúde e ambiente, demanda abordagens teórico-metodológicas, que permitam a persecução das questões inerentes à dinâmica socioecológica: a produção do espaço social, onde se verifica a conjunção da

Recebido em: 16/01/2013

Aceito para publicação em: 17/05/2013

degradação ambiental e a emergência de novos padrões saúde-doença, não encontra respostas nas disciplinas científicas.

Com o renascimento e a perda do poder da igreja, a ciência e a pesquisa científica, tomam o lugar entre a teologia e a filosofia, apresentando a razão em oposição à fé, e a pesquisa em oposição ao discurso e ao retórico. A ideia racionalista de ciência coloca que a compreensão das partes é necessária para se chegar ao todo. Com isso o conhecimento científico especializou-se, cada vez mais, de modo que passou a ser composto por diferentes disciplinas – e suas subdisciplinas – que juntas, o compõem (o conhecimento científico), de tal maneira, as disciplinas, são frações do conhecimento científico.

Todavia, com a disciplinarização, que pretendia entender as partes para se chegar ao todo, perdeu-se a conexão entre as diferentes frações do conhecimento, não se alcançando este objetivo. Nesse contexto, a interdisciplinaridade na ciência, surge como uma proposta agregadora do conhecimento, das diferentes disciplinas / áreas, a fim de oferecer subsídios para interpretação de fenômenos não compreensíveis, a partir do conhecimento de uma única disciplina/área do conhecimento.

A dificuldade em interpretar os novos padrões de saúde – doença, oriundos da resignificação da relação ser humano - natureza, por exemplo, requer uma estratégia interdisciplinar, que agregasse o conhecimento de diferentes áreas, a fim de se compreender e propor novas ações de promoção de saúde. Nesse contexto, nasce o campo da saúde ambiental, que procura expressar uma integração entre a saúde humana e a dos ecossistemas, de maneira interdependente, onde a transformação do ambiente é tomada como determinante da saúde ambiental, de modo que as questões ambientais são tidas como questões de risco para a qualidade da vida humana.

O campo da saúde ambiental procura relacionar a saúde humana aos fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determina, a condiciona e a influencia, por meio de uma proposta interdisciplinar, indo ao encontro da necessidade de construir marcos, capazes de intermediar a complexa relação entre meio ambiente-saúde-desenvolvimento econômico e social. Para tanto, sua construção exigiu um novo entendimento dos conceitos de natureza (meio ambiente) e de saúde.

Ao longo deste artigo, procurando entender o processo histórico que viabilizou a ascensão do campo da saúde ambiental, apresentaremos a evolução histórico – científica dos conceitos de natureza e de saúde, para então, entender a incorporação do campo da saúde ambiental na política brasileira.

A formulação de uma política nacional de saúde ambiental é grande avanço, na medida em que se coloca como uma política agregadora, para o estabelecimento de uma postura interdisciplinar, que seja capaz de reorientar a prática e a atenção médica, possibilitando a promoção de saúde ambiental, na qual as enfermidades não estão diretamente ligadas a funcionamento biológico do corpo humano, mas a sua interação com o ambiente social, político e laboral, associados ainda a degradação / preservação de ecossistemas. Ela enfatiza a co-responsabilização institucional, fomentando uma governança favorável há promoção de saúde ambiental, uma vez que é pensada enquanto uma política pública intersetorial.

O CONCEITO DE NATUREZA

Todo e qualquer fenômeno, físico ou social, está contido em uma esfera espaço-temporal. Dessa forma, a relação sociedade-natureza, ao longo da história da humanidade, apresenta-se em constante evolução, sendo mediada pelos distintos feitos inerentes ao desenvolvimento tecnológico das sociedades.

Nessa relação, o conceito de natureza está diretamente associado a consciência humana, no sentido de que, será na reflexão humana acerca da natureza, que residirá a origem da concepção de natureza. Ainda, será esta ideia de natureza, formulada pela consciência humana, que pautará a forma como a enxergamos e, conseqüentemente, a maneira como o homem se relaciona com ela. Essa representação é construída socialmente em cada período espaço-temporal. Por tanto, para cada sociedade espaço – temporal, será inerente uma concepção de natureza, que conduzirá a maneira como esta sociedade se relaciona com ela, sendo esta relação única e indissociável do contexto espaço – temporal no qual está contido (Lenoble, 1969).

Na Idade Média, a natureza era tomada como um mistério, como algo criado por Deus. Essa visão estava articulada a existência dos dogmas, tão comuns à época, que refletiam uma sociedade teocêntrica. Todavia, o homem começa a questionar a “dominação divina” e se “separa” da natureza, passando a vê-la como algo a ser dominado. Trata-se do advento do antropocentrismo, onde o homem se coloca como um ser externo à natureza, de forma superior. A dominação se daria por meio da compreensão da natureza – sua dinâmica, seus fatores, seus elementos... – no sentido de que, uma vez a conhecendo, seria possível controlá-la e dominá-la.

Como nos explica Lenoble (1969), desde a antiguidade, predominava uma visão animista de natureza, onde sua interação com a sociedade era ponderada pela lógica formal aristotélica, na qual o mundo era ordenado, hierarquizado para um fim. Para o pensamento aristotélico, a natureza era regida por leis ordenadas, onde cada coisa tinha o seu lugar, inclusive o homem, de modo que se fazia necessário conhecer as leis da natureza para nela nos situarmos. A lei determinava a organização do cosmo, da vida, libertando o homem do acaso oriundo das forças da natureza. A natureza neste contexto é desacralizada, uma vez que até mesmo (...) as forças da Natureza deixam de ser deuses caprichosos, cujas boas graças havia que captar, onde também elas se vergam a uma lei que é, ademais, obra do bem” (Lenoble, 1969. p. 186).

Para a física aristotélica, a natureza sempre existiu e sempre existiria, cabendo ao homem encontrar sua posição, sem ousar transformá-la ou dominá-la. Não havia separação do corpo com a alma, não havendo transcendência, nem mal impregnado, de modo que a relação dos homens não seria movida por leis dos homens, mas por leis do cosmo. Todavia, no cerne desta filosofia natural aristotélica, no entanto, encontra-se o que Lenoble (1969) denominou de “ambivalência da lei”. Segundo o autor, ao mesmo tempo em que a o determinismo filosófico aristotélico libertava o homem do acaso, o aprisiona na rigidez das leis.

É com o cristianismo que o homem ousará transformar e dominar a natureza. Para o cristianismo, a natureza não existia por si, mas enquanto uma obra de Deus, não sendo eterna, podendo ser usada, transformada e dominada. O homem existiria independentemente da natureza, de maneira transcende a ela, visto que a natureza era desprovida de intenção e finalidade (Lenoble, 1969).

A efetivação da referida dominação, dar-se-ia a partir do “casamento” da ciência e da técnica – do desenvolvimento tecnológico – onde a natureza passa a ser tomada como uma máquina impregnada de ciência, cujas engrenagens o homem deveria controlar (Anjos, 2003). Para Lenoble (1969),

[...] o homem habituar-se-á a situar-se também não na natureza, mas perante ela, a conceber o seu destino com independente da história do mundo. Máquina entre as mãos de Deus, a Natureza, ousará ele um dia declarar, não é em si mesma senão uma máquina, cujas alavancas ele poderá manejar (p. 191).

Almeida (1999) explica que a junção entre ciência e técnica se dará com a transição de uma sociedade essencialmente rural, na Antiguidade, para uma urbana-mercantil, na Idade Média. Na Antiguidade, as cidades tinham como base da riqueza material, as atividades agrícolas, havendo uma oposição entre os que pensavam (filósofos) e os que trabalhavam (escravos). Dessa maneira, neste período, apesar de observarmos um pioneirismo / um vanguardismo intelectual, encontramos também um atraso tecnológico, visto que, os indivíduos que se ocupavam das reflexões acerca dos fenômenos da vida, não dirigiam seus pensamentos para o aprimoramento do trabalho manual, para o aprimoramento da técnica. Com a ascensão das atividades manufatureiras e comerciais, na Idade Média, a base da riqueza material das cidades passa a se concentrar na própria cidade, de modo que, o valor de troca passa a ser preponderante na dinâmica socioeconômica: quanto mais se produz ao menor custo e tempo, mais se lucra. Esta nova lógica produtiva, juntamente com a parcelização do poder político, estimula o avanço tecnológico, onde as reflexões se voltam para o aprimoramento do trabalho manual, da técnica (Angela, 1999).

Apresentando uma historiografia da ciência, Henry (1998) aponta este como um período de revolução científica, no qual se verifica uma reformulação nos modos de pensar e de organizar sua prática. Como desdobramento, observa-se uma alteração nos modos de intervenção da ciência, modificando a maneira como a natureza do mundo físico é abordada, estudada, analisada e representada.

Esta nova ideia de natureza trazia mais que uma superação metafísica, mas, essencialmente, uma nova explicação científica para os fenômenos, uma base científica nova para explicar a vida. Trata-se de uma ideia mecanicista de natureza, fundamentada em um novo método científico, que estabelece a matemática como fundamento da ciência exata.

Henry (1998) e Almeida (1999) denominaram esse processo de matematização do mundo, que introduzirá outro scopo de análise da natureza, incorporando noções / conceitos matemáticos na leitura e explicação do mundo metafísico, em detrimento ao referencial aristotélico, da física natural. Diferentemente desta última, que trazia a estática como princípio norteador, a física clássica assentava-se na noção de movimento, na medição do tempo, apresentando uma definição cartesiana do mundo físico, onde os fenômenos eram questionados e submetidos a experimentos, intermediados por uma linguagem matemática – geométrica.

Corroborando com Henry (1998), Almeida (1999) saliente que a este período pode ser conferido um marco de revolução científica, uma vez que, como explica a autora, ocorre uma inversão da atitude mental. Na física aristotélica, a explicação dos fenômenos se dava a partir de observações e descrições, onde estes eram registrados, classificados e ordenados em um sistema coerente. Por sua vez, com a física clássica, há uma atitude mental pró-ativa, rompendo com o empirismo da observação dos fatos, para submetê-los a experimentações baseadas em teorias pré-elaboradas, aliando ciência (teoria) à técnica (experimentação).

Nesse contexto, a natureza passa a ser concebida como matéria-prima, visão esta radicalizada na conjuntura racionalista de uma sociedade urbano-industrial-capitalista, onde percebemos um progressivo e intenso desenvolvimento e aplicabilidade da técnica no aproveitamento (consumo) da natureza. O foco desta fase é a produção intensiva, onde a ciência e a técnica servem ao crescimento do processo produtivo.

Em uma visão racionalista, há um aprofundamento da ideia mecanicista de natureza, com ruptura religiosa e distanciamento entre o ser humano o meio ambiente (natureza). Na esfera empírica desta vertente de concepção de natureza, de relação sociedade-natureza, vemos uma intensa degradação física da mesma, comprometendo os sistemas de suporte da vida e, conseqüentemente, acarretando a emergência de novos padrões de saúde – doença.

No bojo da sociedade capitalista tecnologicamente moderna, a relação homem – natureza passa a vivenciar, o que Unger (1991) denominou de uma “crise de visão de mundo”, onde o conjunto de conceitos e valores que regem a vida e que intermediam a relação do homem com o meio, não responde mais as indagações que são colocadas, de modo que, mais do que uma crise paradigmática, vivencia-se no período, uma crise espiritual. Para Unger (1991),

[...] o traço mais marcante da civilização moderna tenha sido a ideia de que o ser humano é tão mais humano quanto mais ele domina a natureza e os outros homens, tão mais homem quanto mais ele consegue estender o seu controle sobre todos os níveis e todos os planos de existência (p. 53).

O enfrentamento de tal crise, como nos coloca Unger (1991), depende de um salto em nosso nível de consciência, de modo que sejamos capazes, mesmo que em parte, de romper com a aparência fenomênica do real. A apreensão da realidade, enquanto aparência fenomênica dos processos reais está condicionada a nossa percepção / visão de mundo.

Nesse sentido, Pelizzoli (1999) aponta o paradigma ecológico como uma resposta e uma alternativa crítica à crise ético – filosófica que a relação homem – meio vivencia na atualidade. Para este autor, o ecologismo estaria como um sistema filosófico que pode imprimir uma reflexão filosófica que permitisse reconduzir a crise, realizar a crítica e propor algo novo. A emergência do paradigma ecológico responderá pela lacuna a ser deixada pela racionalidade instrumental, resignificando a relação homem-meio, por meio da interação do plano social juntamente com o espiritual, entendendo que uma prática ecológica se traduz em uma reposição do ser (do homem) no mundo (na natureza).

O CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde, ao longo de sua história, transitou em três principais escolas, até o século XX: a da assistência médica curativa, a da racionalidade sanitária e a da medicina social. Esta última, em meados do século XIX, enfatiza a relação entre saúde e sociedade, oferecendo o arcabouço para o paradigma da promoção da saúde, no século XXI.

Com a revolução industrial, a concepção de natureza imutável e infinita se altera e as questões de saúde e ambiente passam a ser enquadradas de outra maneira. Na passagem do século XVIII para o XIX, no âmbito da transição de uma concepção feudal para uma industrial, o homem passa a ter controle do que é vital para a produção. Ao mesmo tempo, há o surgimento de outra forma de organização social, onde a cidade passa a ser o lócus preferencial dessa nova lógica produtiva que surge. Até então o conceito de saúde era tomado com um estado físico ausente de enfermidades (Segre, 1997).

A produção fabril, baseada em máquinas a vapor, a partir da revolução industrial, passou a ser a forma institucional característica da organização do sistema produtivo e, conseqüentemente, uma fonte dos males a saúde. Nesse contexto, como explica Foucault (Apud Sperandio, 2006), a ideia de promoção da saúde se liga à gênese do sistema capitalista. Este sistema, ao tomar o corpo como objeto da força de produção, toma, igualmente, o controle biológico do corpo, assim como o da consciência, como ponto neural para o controle social. Nesse sentido, emprega uma saúde coletiva como, nas palavras do autor, uma estratégia biopolítica.

As ações de saúde pública, nesse contexto, enquanto ações de Estado, surgem associadas aos rápidos efeitos da acelerada industrialização e urbanização, que interferem na qualidade de vida humana e ambiental. Dessa forma as questões de saúde passam também a ser tratadas como uma forma de se manter a “estabilidade” das relações sociais. Temos nesse período um conceito de saúde centrado na visão médica curativa, cuja atenção é demasiadamente ligado à doença, à administração de medicamentos e à necessidade da “cura pela cura”, na qual, em casos não raros, não se conhece a fonte da enfermidade, mas seus sintomas são tratados e controlados.

Na transição do século XIX para o XX, o sanitarismo torna-se a principal estratégia de saúde pública, enquanto política de Estado, completando estratégias de controle de vetores e de doenças epidêmicas. O que se verifica neste período é a existência de um conceito de saúde centrado na prática biologicista e mecanicista, cuja ênfase reside em dividir

(...) o ser humano em sistemas funcionais, fragmentando cada vez mais a assistência à saúde ou a clínica. O paciente é assistido por vários profissionais, mas o cuidado, entendido como uma linha ao longo do tempo da vida, não é feito por ninguém (Gariglio & Radicchi, 2008, p. 154).

O período pós Segunda Guerra Mundial, fornece um contexto mais favorável a discussão de temas ligados as questões ambientais, cobrando-se aos Estados mais presença na regulação destes problemas. Muito dessa postura deve ser conferida ao fato de que, ao longo do século XX, há uma mudança na natureza das doenças, surgindo algumas diretamente ligadas às condições de degradação ambiental.

A Organização Mundial da Saúde – OMS criada em 1948, pouco após o fim da Segunda Guerra Mundial, preocupa-se então em traçar uma definição afirmativa de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde e etc, sendo o conceito de saúde definido com um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A definição do conceito de saúde apresentado pela OMS, no entanto, reflete uma postura utópica e pouco prática, visto que ao colocar a saúde como algo ideal, um estado de completa homeostase entre seus aspectos físicos, mentais e sociais, torna sua tradução não factível na prática médica.

Não obstante, influenciada pela definição afirmativa de saúde apresentada pela OMS, emerge nesse período estratégias integrativas no campo da saúde coletiva, traduzindo-a não apenas ausência de doenças, mas, sobretudo, como qualidade de vida, valorizando-se ações preventivas em detrimento as curativas. (Neffa, 2004).

Como é comum na história das ciências, determinados paradigmas se reinventam e reemergem com novos elementos. Esse foi o quadro verificado com o sanitarismo na conjuntura da década de 1980, quando este passa, novamente, a ser tomado como modelo de intervenção na saúde pública. Diferentemente do sanitarismo campanhista de Oswaldo Cruz, a reforma sanitária promovida por Sergio Arouca pautava-se no campo da medicina social, tomando a saúde como proteção social e garantia do direito à saúde integral. O conceito de saúde neste contexto é tomado em seu caráter multidimensional, passando a ser definido “[...] como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho,

lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes” (Baptista, 2007, p. 30).

Nesse novo marco tácito da saúde pública, Porto (2007) explica que

O conceito de saúde implica o entendimento dos processos e condições que propiciam aos seres humanos, em seus vários níveis de existência e organização (pessoal, familiar e comunitário) atingir objetivos, realizações ou ciclos virtuosos de vida embutidos na cultura e nos valores das sociedades e seus vários grupos sociais. A saúde possui, portanto, além das biomédicas, dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam as estruturas de poder e distribuição de recursos existentes (p.82).

O conceito de saúde, como apresentado, para além de refletir a presença ou ausência de enfermidades ou boa disposição física e psíquica, ressignifica a relação homem-meio, retornando a concepção do homem como um elemento da própria natureza.

Corroborando com a reflexão de Porto (2007), Sigerist (1946 Apud Buss, 2003), um dos primeiros autores a utilizar o termo promoção da saúde, mencionando-a como uma das quatro tarefas centrais da medicina, afirmou que “(...) saúde se promove proporcionando condições de vida descentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (Sigerist, 1946, p. 19 Apud Buss, 2003, p. 17).

O conceito de promoção da saúde, bem como suas práticas, tem suas bases teóricas desenvolvidas principalmente nos últimos 30 anos. Inicialmente, o termo promoção da saúde, remetia às incumbências da medicina preventiva, fazendo referência a um determinado “nível de atenção”. Contudo, ao longo do tempo, sua acepção adquire status de significância que o remete a um enfoque do processo de saúde-doença-cuidado, em termos políticos e técnicos. Nessa conjuntura, o termo passa a ser associado a um conjunto de valores, como vida, saúde, desenvolvimento, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, entre outros; além de fazer referência a uma combinação de estratégias que congreguem ações do Estado, da comunidade, do indivíduo, do sistema de saúde, bem como de parcerias intersetoriais. O que se tem, portanto, é a ideia de responsabilização múltipla, tanto no que diz respeito aos problemas, como à formulação de soluções para os mesmos (Buss, 2003).

Formalmente, o movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, com a divulgação, em 1974, do documento “Uma nova perspectiva para a saúde canadense”, mais conhecido como Informe Lalonde. O ministro da saúde canadense, Marc Lalonde, partindo dos conhecimentos sistematizados na década de 1940 por Henry Sigérist, publica este documento, que foi o primeiro, oficialmente, a utilizar o termo promoção da saúde. A partir do conceito de campo da saúde o informe o decompõe em biologia humana, estilo de vida, organização da atenção à saúde e ambiente. Ou seja, aborda os determinantes da saúde.

A partir da formulação deste documento, o governo canadense conclui que à abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas não era eficiente, pois os maiores gastos diretos no setor de saúde se concentravam na organização da atenção à saúde, sem, no entanto, apresentarem resultados significativos. O que se pode apreender é que os determinantes da saúde centravam-se, principalmente, nos outros três campos, ou seja, na biologia humana, no estilo de vida e no ambiente. Diante desta constatação, cinco estratégias foram propostas pelo Informe Lalonde e, entre elas, a promoção da saúde. Os avanços obtidos pelo informe Lalonde abriram um novo campo conceitual para as ciências médicas, visto que ele “resgata o conceito de promoção da saúde e introduz a ideia de que um verdadeiro incremento ambiental no comportamento populacional poderia resultar em significativa redução da morbi-mortalidade” (Sperandio, 2006, p. 31).

A promoção da saúde, como coloca Ayres, ao discutir os horizontes filosóficos das práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde,

(...) tem sido descrita como novo e promissor paradigma na saúde. Seus princípios constituintes são a ênfase na integralidade do cuidado e prevenção, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental do planejamento e avaliação dos serviços (Ayres, 2004, p. 583).

O que se procura, ao tratar de promoção da saúde, é uma orientação que não se limite a tratar doenças, e sim lidar com o saudável e o sustentável através de ações inter e transsetoriais que produzam políticas públicas integradas. Dessa forma, há necessidade de se rever as práticas de promoção da saúde ligadas, unicamente, as ações no campo técnico. Nesse mesmo sentido, Buss (2003), recorrendo a um trabalho anterior, no qual realiza uma análise do que chamou de conceito moderno de promoção da saúde, constata que partindo "(...) de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000a; p. 165 Apud Buss, 2003, p. 15)".

O que se tem é um entendimento de que a saúde não se restringe nem aos fatores humanos, genéticos e biológicos, nem aos ambientais mais imediatos, mas que está intrinsecamente relacionada a determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, de maneira mais ampla Buss (2000), de forma sintetizada, expõe essa nova concepção de saúde, afirmando que

A saúde deixa de ser algo estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doença, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersectorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-doença [...] (Buss, 2000, p. 174).

A preocupação pela integração dos diferentes níveis da administração pública reside, dentre outras, no fato de as ações inerentes a promoção da saúde englobarem fenômenos das diversas dimensões da existência humana e ambiental, de modo que, a presença de choques entre esses fenômenos, representa barreiras a promoção da saúde, principalmente da saúde ambiental. Tal conjuntura vai ao encontro dos anseios metodológicos por ações de promoção de saúde, e de saúde ambiental, que possam, efetivamente, dar conta da complexidade e diversidade das questões de saúde que emergem da relação entre saúde e ambiente. Nesse contexto, o campo tácito da saúde pública deveria centrar-se na promoção da saúde ambiental, que contemplaria tanto a saúde humana como a dos ecossistemas de maneira integrada, visto que, em uma realizada globalizada e complexa, tornou-se impossível pensar essas duas dimensões em separado.

A APROPRIAÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE AMBIENTAL PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A relação entre saúde e ambiente foi gradativamente incorporada aos marcos legislativos brasileiros. A operacionalização deste novo modo de pensar e promover saúde mostrou-se desafiadora, exigindo uma reestruturação dos sistemas de saúde, visto que se verificou que o setor sanitário não seria capaz de responder às transformações dos determinantes e condicionantes em saúde, a fim de fomentar ações que atendessem às consternações sociais em saúde da população. Diante disso, verificou-se a necessidade de se propor que as intervenções em saúde ampliassem seu escopo,

[...] tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006, p. 11).

O processo de reforma sanitária brasileira possibilitou a construção de um sistema único de saúde sem, contudo, conseguir reorientar as práticas de saúde, rompendo com o paradigma da medicalização. Promulgado junto a Constituição Federal, em sua seção II – Da Saúde – art. 198 e 200 e, regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990 – Lei Orgânica da Saúde – o Sistema Único de Saúde – SUS é fruto do movimento de reforma sanitária, nascido nos anos de 1970 e consolidado na década de 90. Os princípios e diretrizes do SUS tomam por base o texto constitucional do art. 198, que estabelece, para a prestação dos serviços de saúde brasileira, a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a territorialização, a hierarquização, a regionalização, a participação e o controle social. Esta última característica é conferida ao SUS através da Lei nº 8.142 de 1990, que "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, 1990).

Os anseios pela construção de uma base teórico-conceitual para a interface entre saúde e ambiente, evidenciaram a necessidade reformulação do modelo de atenção à saúde do SUS,

[...] onde a agenda da promoção da saúde seja compreendida numa dimensão em que a construção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo, buscando compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 7).

Para o setor de saúde, a perspectiva trazida pela incorporação do território, enquanto célula analítica das relações socioambientais coloca em pauta a saúde ambiental no modelo do SUS e no desenvolvimento de políticas públicas.

Dessa maneira, o Ministério da Saúde decide formular o projeto VigiSUS, no ano de 1997. O intuito da criação deste, dentre outros, era o de estruturar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, de acordo com as diretrizes do SUS. A vigilância ambiental atuaria como braço operacional da política nacional de saúde ambiental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No âmbito das preocupações em incorporar a instância ambiental da saúde nas políticas do setor, é criada, no corpo do Sistema Único de Saúde, a Comissão Permanente de Saúde Ambiental – Copesa. Esta é instituída pela Portaria n.º 2.253 do Ministério da Saúde no ano de 2001, trazendo em sua composição as secretarias e instituições vinculadas ao Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Fundação Nacional de Saúde – Funasa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (TAVARES, 2004). Neste mesmo ano, ampliando as possibilidades de interação intersectorial, é assinado o termo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o do Meio Ambiente. Concomitantemente, no ano de 2002, por meio do Decreto n.º 3.450, a Vigilância em Saúde Ambiental é assegurada em todo o território nacional, sendo este o primeiro marco de institucionalização deste novo braço do setor de saúde.

Não obstante, as iniciativas para a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental precedem a criação da Copesa. No ano de 1994, por conta do processo de preparação para a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável – Copasad, realizada no ano de 1995 na cidade de Washington, D.C./ EUA, foi elaborado o primeiro documento oficial inter-relacionando às áreas de saúde e ambiente: o Plano Nacional de Saúde e Ambiente. O grupo de trabalho criado no período para confeccionar o referido documento (Grupo de Trabalho Interministerial – GTI), posteriormente lança o documento preliminar da Política Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde (1999). A confecção destes documentos é tomada como principal marco de elaboração conceitual da atual proposta da Política Nacional de Saúde Ambiental (TAVARES, 2004).

Mantendo-se no caminho para a construção de uma estrutura que permitisse a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Ambiental, no ano de 2003, por meio do Decreto n.º 4.726, o Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa é transformado em Secretaria de Vigilância em Saúde, tendo a competência de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental. Para esta secretaria, a saúde ambiental pode ser definida como a área da saúde pública que

[...] afeta ao conhecimento científico e a formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade (TAVARES, 2004, p. 98).

Em 2004, após a realização de um workshop intitulado “Saúde Ambiental no Âmbito do SUS: Construindo a Política Nacional de Saúde Ambiental”, é apresentada a primeira proposta de texto de uma política nacional de saúde ambiental. A formulação do texto teve como objetivo trazer indicativos para a construção do marco conceitual e operacional da política de saúde ambiental brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Por sua vez, no ano de 2005, é estabelecido o Sub-Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA, por meio da Instrução Normativa SVS/MS n.º 1. Esta mesma instrução definiu os níveis de competência das três esferas de governo na área de vigilância em saúde ambiental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Por meio da SINVSA, a vigilância em saúde ambiental é implementada nos estados e municípios, compreendendo os seguintes programas de vigilância em saúde: água para consumo humano, solo, ar, desastres naturais, acidentes tecnológicos, substâncias químicas, ambientes de trabalho, fatores físicos, fatores biológicos e os mecanismos de gestão técnicos, legais e políticos que os viabilizem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Cabe ainda ao SINVSA elaborar indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, promover intercâmbio de experiências e estudos, promover ações educativas e orientações e democratizar o conhecimento na área (COORDENAÇÃO-GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL, 2009, p. 123).

Nos últimos anos, a responsabilidade pela condução do processo de construção do texto da política nacional de saúde ambiental, coube a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM. Criada no ano de 2001, a CGVAM é coordenadora da Comissão Permanente de Saúde Ambiental – Copesa e integra a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O objetivo de sua criação foi o de propor e acompanhar a política ambiental do Ministério da Saúde.

Já foram lançadas três versões de proposta de subsídios para a construção de uma política nacional de saúde ambiental. A primeira, no ano de 2005, resultado do “I Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental”, intitulou-se “Subsídios para a Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental”. A segunda, lançada em 2007, foi uma expressão de reformulação do texto de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A terceira, por sua vez, resultou da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, convocada pelo Governo Federal, por meio do Decreto Presidencial de 14 de maio de 2009. A conferência, contou com a organização e os recursos financeiros dos Ministérios da Saúde – que a presidiu – do Ministério do Meio Ambiente e do Ministério das Cidades – que a sub-presidiram. Estes ministérios, por meio de seus representantes, compuseram a Comissão Organizadora Nacional – CON. A CON também foi integrada por representantes do Conselho Nacional de Recursos Hídricos, dos Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego, do Desenvolvimento Agrário, do Ministério Público Federal e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (COMISSÃO ORGANIZADORA NACIONAL, 2009).

Trazendo como lema “saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis” e, como tema, “Saúde e Ambiente: vamos cuidar da gente!”, a conferência teve como objetivo central a definição de agendas integradas, de ação transversal e intersetorial, entre os atores envolvidos com o tema saúde ambiental, a fim de apontar diretrizes para as políticas do setor.

Constituindo-se como um processo de construção coletiva, a conferência contou com etapas preparatórias, onde cada estado e município realizaram suas próprias conferências. Ainda, quanto aos princípios da integralidade e intersetorialidade, característicos do tema saúde ambiental, definiu-se que nas esferas municipais, estaduais e do Distrito Federal, na realização de suas conferências, dever-se-ia promover a articulação entre os setores de saúde, de meio ambiente, de infraestrutura, de saneamento, de educação e de trabalho e destes com a sociedade (COMISSÃO ORGANIZADORA NACIONAL, 2009).

A maneira como se deu a condução da conferência, realizada por três ministérios, bem como a conduta assumida, tanto nas etapas regionais, como pela própria conferência, corroboram para as percepções de enfrentamento das questões socioambientais, onde

A exploração da interface entre saúde e ambiente, sob o marco da sustentabilidade, compreende a instituição de uma política que expresse a multiplicidade de forças interativas geradas em torno da promoção do bem-estar e da saúde humana. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007: p. 14).

Nesse contexto, o texto que aponta os subsídios para a construção da política de saúde ambiental brasileira, ressalta que o campo da saúde ambiental se relaciona, no atual arranjo político, com cinco ministérios, sendo eles: Ministério da Saúde, do Meio Ambiente, do Trabalho e Emprego, das Cidades e da Educação. Além da cooperação entre as distintas

instâncias da esfera política, faz-se necessário a comunicação com os demais âmbitos da sociedade civil, visto que “No campo da formulação teórico-conceitual, há necessidade urgente de criar aproximações dos grupos acadêmicos, de pesquisa e dos profissionais da saúde e do ambiente para ‘des-construir’, ‘de-codificar’, ‘re-construir’ e problematizar a interface entre saúde e ambiente.” (Ministério da Saúde, 2007: p. 27).

Como ressaltado no texto que contem os subsídios para a formulação da política nacional de saúde ambiental, “o marco normativo que entrelaça as questões da saúde às condições ambientais já existe, precisando agora compor o próximo passo, de efetivação, o que garantirá a continuidade estrutural objetiva”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007: p. 17). A promoção da saúde ambiental é uma tarefa que depende da participação de todos para sua efetivação, sendo o engajamento social um fator decisivo. Contudo, para a concretização deste processo participativo é necessário a co-responsabilização dos estados e municípios, tanto nesta tarefa como na execução das diretrizes decorrentes das políticas ligadas a saúde ambiental. A participação social possibilita um entendimento do território e das dinâmicas socioambientais nele estabelecidas. Como aponta Barcellos e Monken (2005), “A categoria de análise fundamental para a territorialização em vigilância em saúde é a de ‘território utilizado’” (p. 901), onde as problemáticas inerentes à interface entre saúde e ambiente se desenvolvem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento da natureza como uma extensão da existência humana, bem como de saúde como uma resultante da interação de aspectos biológicos e sociais, foram fundamentais para a configuração do campo da saúde ambiental, assim como para seus reflexos na política brasileira.

A formulação de uma política nacional de saúde ambiental tem sido, sem dúvida, um grande avanço, indo ao encontro da necessidade de marcos legais que intermedieim a relação estabelecida entre meio ambiente-saúde-desenvolvimento econômico e social. Todavia, cabe questionar, como esta nova política será capaz de dialogar como ferramentas já existentes e que, até certo ponto, também tentam realizar tal mediação. Este é o caso do Plano Diretor, instrumento de gestão territorial que, ao ser proposto como meio pelo qual o solo urbano cumprirá seu papel social, tem agido diretamente na intermediação de contextos socioambientais, territorialmente espacializados.

É necessário que a elaboração desta política guarde a preocupação de articulação com marcos já estabelecidos, dialogando com instrumentos de planejamento e gestão que atuem em níveis locais e regionais, como é o caso, não apenas do Plano Diretor, mas da Agenda 21 local, dos planos de bacia hidrográfica, de zoneamento ecológico econômico, de preservação do patrimônio cultural, de desenvolvimento turístico sustentável etc. Por meio desta articulação é possível alcançarmos o delineamento de um planejamento territorial, que se proponha a contemplar o conjunto de especificidades locais, regionais e nacionais, com vistas a promoção de espaços saudáveis.

Essa articulação é central para o estabelecimento de uma postura interdisciplinar, que seja capaz de reorientar a prática e a atenção médica, possibilitando a promoção de saúde ambiental, na qual as enfermidades não estão diretamente ligadas a funcionamento biológico do corpo humano, mas a sua interação com o ambiente social, político e laboral, associados ainda a degradação / preservação de ecossistemas.

A emergência e reemergência de doenças infecciosas e parasitárias exemplificam a necessidade de fortalecimento do campo da saúde ambiental. Estas doenças, em casos não rasos, provenientes de ecossistemas modificados pela ação antrópica, desafiam os conhecimentos médicos e veterinários. É o caso, por exemplo, da doença de chaga, da febre amarela silvestre e da leishmaniose, que apresentam ecologias modificadas, com novos hospedeiro, novo quadro de resistência e incidência em áreas atípicas. Resultantes da destruição de seus reservatórios naturais, estas reemergência, estão associadas a políticas de expansão de fronteiras agrícolas, implementação de grandes empreendimentos de infraestrutura (rodovias e hidroelétricas) e à processos de urbanização acelerada sem adequada infraestrutura urbana etc., de modo que a relação saúde – doença não apresenta uma linearidade de causa e efeito. É nesta não linearidade que reside o imperativo de uma metodologia interdisciplinar de intervenção, com vistas a aceitação / visualização de paradoxos do processo saúde – doença, não compreensível pelas ciências convencionais.

Concomitantemente, dada as dimensões territoriais brasileiras, bem como sua diversidade climatológica e fitogeográfica, os padrões epidemiológicos de doenças infecciosas e parasitárias apresentam um comportamento heterogêneo, ligado não apenas a estas condições naturais, mas também aos diferentes aspectos socioeconômicos de cada localidade.

Os padrões de persistência de uma doença, em determinada área, está relacionado com a duração e a frequência de sua transmissão, sendo estes dois fatores altamente influenciados por suas condições ambientais e sociais. Portanto, no contexto de novas posturas a serem adotadas a partir da política nacional de saúde ambiental, a de se rever a atual estruturação do sistema de vigilância em saúde. É necessário que este passe a adotar ações diferenciadas para cada região, de modo a considerar as peculiaridades geográficas, econômicas, políticas e culturais de cada território.

A política nacional de saúde ambiental, além de poder trazer a interdisciplinariedade do conhecimento científico, também enfatiza a co-responsabilização institucional, fomentando uma governança favorável há promoção de saúde ambiental, uma vez que pode vir a ser uma política pública intersetorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Angela Maria Mendes de. Campo e cidade como imagens. Didática CPDA. Rio de Janeiro, n. 1, 1999.

ANJOS, M. B. dos. A Ideologia da Natureza. In: "Desenvolvimento Sustentável: Raízes e Conceitos". Rio de Janeiro, mimeo, 2003. 38pp.

AYRES, José Ricardo. Norma e formação: Horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.9, n.3, 2004. p. 583-592. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em Set / 2007.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A. L. M. (orgs.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Ed.:Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 29-60.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República, Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acessado em: Ago / 2009.

BUSS, P. M. . Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. p. 163-176.

COMISSÃO ORGANIZADORA NACIONAL – CON. 1ª Conferência nacional de saúde ambiental. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs/cnsa>>. Acessado em: Agos. / 2009.

COORDENAÇÃO-GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL. Vigilância em Saúde Ambiental. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/.../visualizar_texto.cfm?...>. Acessado em: Agos. /2009.

CZERESNIA, D.; FREITAS. C. M. (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GARIGLIO, Maria Terezinha; RADICCHI, Antônio Leite Alves. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100020&lng=en&nrm=iso>. access on 25 July 2012.

HENRY, Jonh. A revolução científica e as origens da ciência moderna. Cap. 1: A revolução científica e a historiografia da ciência. Cap. 2: O método científico. Cap. 3: A magia e as origens da ciência moderna. Zahae Ed., 1998. 13-65pp.

LENOBLE, Robert. História da ideia de natureza. Cap. 1: A noção de natureza do século XVI ao século XVIII. Edições 70. Lisboa, 1969. 183-200pp.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 56 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PELIZOLLI, M. L. A Emergência do Paradigma Ecológico. Reflexões ético-filosóficas para o século XXI. Parte I. Subitem III. Fundamentação e Estratégias de Ação Ambiental. Petrópolis – RJ: Vozes, 1999. 73-86pp.

SEGRE, Marco; FERAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 25 July 2012.

SPERANDIO, Ana Maria Girotti (Org). O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: o processo de entendimento, construção e ampliação do plano diretor. Campinas: Universidade de Campinas. Departamento de medicina preventiva. Org. Panamericana de Saúde, 2006. Volume 1 e 2.

TAVARES, Marcela Souto de Oliveira Cabral; NETTO, Guilherme Franco; ARAGÃO, Liduina Gisele Timbó; CARNEIRO, Fernando Ferreira & CÂNCIO, Jacira. Construindo a política nacional de Saúde ambiental – PNSA. CVS / MS. Editora MS/– Brasília-DF março/2004.

UNGER, N. M. O encantamento do humano: ecologia e espiritualidade. Ecologia e espiritualidade (o re-encamento do mundo). Edições Loyola. 53-61pp.