

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

**ENSP**

***“Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: uma análise na  
Região Metropolitana da Grande Vitória – ES”***

por

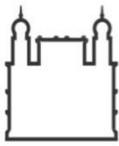
***Hélia Márcia Silva Mathias***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na  
área de Saúde Pública*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Artmann*

*Segundo orientador: Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas*

*Rio de Janeiro, junho de 2014.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



*Esta tese, intitulada*

***“Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: uma análise na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES”,***

apresentada por

***Hélia Márcia Silva Mathias,***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima**

**Prof. Dr. Leandro Luiz Giatti**

**Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera**

**Prof. Paulo Rubens Guimarães Barrocas**

**Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas – Co-orientador**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Artmann – Orientadora**

*Tese defendida e aprovada em 06 de junho de 2014.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

M431 Mathias, Hélia Márcia Silva  
Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde:  
uma análise na Região Metropolitana da Grande Vitória –  
ES. / Hélia Márcia Silva Mathias. -- 2014.  
vi, 187 f. : mapas

Orientador: Artmann, Elizabeth  
Freitas, Carlos Machado de  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Planejamento. 2. Gestão em Saúde. 3. Políticas Públicas  
de Saúde. 4. Meio Ambiente. 5. Ação Intersetorial. 6. Sistema  
Único de Saúde - organização & administração.  
7. Crescimento e Desenvolvimento. I. Título.

CDD – 22.ed. – 333.72

### **Agradeço**

À prof.<sup>a</sup> Beth e ao Prof. Carlos, profundamente;  
Aos professores membros da banca, honradamente;  
Aos sujeitos e especialistas, comprometidamente;  
Ao Tio Benigno, Leda e Maristela, imensuravelmente;  
Aos amigos colegas de turma, ternamente;  
Aos amigos colegas do Ifes, cotidianamente;  
Aos amigos de sempre, carinhosamente  
e à minha família nuclear e estendida, amorosamente.

**Dedico**

Aos meus pais;  
Às “minhas” meninas  
e a todos os seres.

**Descrevo-me**

“Meu fado é de não entender quase tudo. Sobre o nada tenho profundidades”.  
Manoel de Barros

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE FIGURAS e GRÁFICOS.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>12</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>13</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Caracterização e natureza do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Seleção e caracterização dos municípios .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Seleção e caracterização dos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Coleta de dados .....</b>	<b>23</b>
3.3.1 Análise documental e revisão de literatura.....	23
3.3.2 Entrevistas individuais.....	25
3.3.3 Operacionalização do Grupo Focal .....	26
<b>3.4 Categorias analíticas e opções metodológicas.....</b>	<b>26</b>
3.4.1 A Análise de Conteúdo.....	26
3.4.2 Análise prospectiva .....	27
<b>3.5 Aspectos éticos da Pesquisa.....</b>	<b>28</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b><i>I ARTIGO - A RELAÇÃO SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: uma revisão sistemática de literatura .....</i></b>	<b>30</b>
<b>1.1 Introdução .....</b>	<b>30</b>
<b>1.2 Desenho e percurso metodológico da revisão .....</b>	<b>31</b>

<b>1.2</b>	<b>Resultados e discussão</b> .....	<b>33</b>
1.3.1	Eixos temáticos identificados .....	34
1.3.2	Especificidade dos estudos brasileiros .....	42
1.3.3	A intersecção dos eixos temáticos .....	46
<b>1.3</b>	<b>Considerações finais</b> .....	<b>48</b>
<b>1.5</b>	<b>Referências complementares para discussão dos eixos temáticos da revisão</b> ....	<b>50</b>
<b>1.6</b>	<b>Lista de trabalhos selecionados para a revisão</b> .....	<b>53</b>
	<b><i>II POLÍTICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NO SUS</i></b> .....	<b>62</b>
<b>2.1</b>	<b>Política e gestão na organização pública</b> .....	<b>62</b>
<b>2.2</b>	<b>Regionalização e municipalização da gestão da saúde</b> .....	<b>65</b>
<b>2.3</b>	<b>Intersetorialidade no SUS: conceitos e perspectivas</b> .....	<b>69</b>
	<b><i>III PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA</i></b> .....	<b>71</b>
<b>3.1</b>	<b>Planejamento de Matus e a estratégia prospectiva de Godet</b> .....	<b>71</b>
<b>3.2</b>	<b>Planejamento de Matus e a Ação Comunicativa de Habermas</b> .....	<b>74</b>
<b>3.3</b>	<b>Bases legais do planejamento no SUS</b> .....	<b>77</b>
	<b><i>IV A REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: contextualização</i></b> .....	<b>78</b>
<b>4.1</b>	<b>Cenários futuros para o estado do Espírito Santo</b> .....	<b>81</b>
	<b><i>V UNIDADES DE ANÁLISE DOS DISCURSOS</i></b> .....	<b>83</b>
	<b><i>VI O GRUPO FOCAL - Relatório:</i></b> .....	<b>95</b>
	<b><i>VII DISCURSOS DOS GESTORES, CONSELHEIROS E ESPECIALISTAS: interpretação do conteúdo</i></b> .....	<b>104</b>
<b>7.1</b>	<b>Instância metropolitana para o planejamento e ações comuns</b> .....	<b>104</b>
<b>7.2</b>	<b>Planejamento municipal integrado</b> .....	<b>107</b>
<b>7.3</b>	<b>Os municípios e a intersetorialidade</b> .....	<b>111</b>
<b>7.4</b>	<b>A gestão municipal e a dependência do Estado</b> .....	<b>113</b>
<b>7.5</b>	<b>Agravos prioritários na agenda do gestor dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória</b> .....	<b>115</b>

<b>7.6 Formação e capacitação dos profissionais das Vigilâncias .....</b>	<b>119</b>
<b>VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
<b>IX REFERÊNCIAS.....</b>	<b>124</b>
<b>X APÊNDICES .....</b>	<b>135</b>
<b>Roteiro da pesquisa documental.....</b>	<b>135</b>
<b>Roteiro de entrevista com Secretário Estadual de Saúde.....</b>	<b>136</b>
<b>Roteiro de entrevista com Secretário Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos .....</b>	<b>137</b>
<b>Roteiro de entrevista com Secretários Municipais de Saúde Gestão 2009-2012... </b>	<b>138</b>
<b>Roteiro de entrevista com Secretários Municipais de Saúde.....</b>	<b>139</b>
<b>Gestão 2013-2016 .....</b>	<b>139</b>
<b>Roteiro de entrevista com Secretários Municipais de Meio Ambiente .....</b>	<b>140</b>
<b>Gestão 2009-2012 e Gestão 2013-2016.....</b>	<b>140</b>
<b>Roteiro de entrevista com Conselheiros Municipais de Saúde.....</b>	<b>141</b>
<b>Roteiro de entrevista com Conselheiros Municipais de Meio Ambiente.....</b>	<b>142</b>
<b>Roteiro para Grupo Focal.....</b>	<b>144</b>
<b>Unitarização dos Discursos .....</b>	<b>146</b>
<b>Encaminhamento do Projeto de Pesquisa às Prefeituras .....</b>	<b>179</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>181</b>
<b>XI ANEXOS .....</b>	<b>184</b>
<b>Aprovação do Comitê de Ética – Ensp/ Fiocruz .....</b>	<b>184</b>
<b>Aprovação para pesquisa na Prefeitura Municipal de Vitória - ES.....</b>	<b>185</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AMUNES	Associação dos Municípios do Espírito Santo
APS	Atenção Primária à Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAN	Companhia Espírito Santense de Saneamento
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CGR	Colegiado Gestor Regional
COMDEVIT	Conselho Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS-ES	Conselho de Secretários Municipais de Saúde no Espírito Santo
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DETRAN-ES	Departamento de Trânsito – Governo do Estado do Espírito Santo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ES	Espírito Santo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUMDEVIT	Fundo Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDAF	Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal - ES
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada

LC	Lei Complementar
MACTOR	Method of Analyzing Actors
MS	Ministério da Saúde
MP	Ministério Público
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDU	Plano Diretor Urbano
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RMGV-ES	Região Metropolitana da Grande Vitória
SESA-ES	Secretaria de Estado da Saúde- Espírito Santo
SEGEP-MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Ministério da Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

## **LISTA DE FIGURAS e GRÁFICOS**

Figura 1. Estratégia de pesquisa, revisão bibliográfica, período de 1992 a 2012

Figura 2: Região Metropolitana da Grande Vitória – ES

## **LISTA DE QUADROS**

### **Do artigo – Capítulo I:**

Quadro 1: Revisão bibliográfica sobre a relação saúde e desenvolvimento em periódicos selecionados, no período de 1992 a 2012

Quadro 2: Revisão bibliográfica sobre a relação saúde e desenvolvimento, segundo eixos temáticos, no período de 1992 a 2012

Quadro 3: Eixos temáticos dos estudos brasileiros, no período de 1992 a 2012.

Quadro 4: Intersecção entre os eixos temáticos, no período de 1992 a 2012.

### **Geral:**

Quadro 1: Seleção de sujeitos da pesquisa – entrevistados

Quadro 2: relação de documentos utilizados na pesquisa

Quadro 3 – Síntese dos passos metodológicos

Quadro 4- Cronograma de elaboração e aprovação dos instrumentos:

Quadro 5: Matriz de análise estrutural de variáveis da relação saúde, meio ambiente e desenvolvimento na RMGV

Quadro 6: Matriz de influência dos atores sobre as variáveis determinantes

## RESUMO

Este estudo analisa a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação de políticas públicas de saúde nos quatro maiores municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, no período de 2009 a 2012 e na transição para a gestão seguinte, de 2013 a 2016. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido em duas dimensões: a primeira teórica, com revisão de literatura, em função da complexidade e variedade de abordagens sobre o mesmo tema. A segunda, com aplicação de algumas ferramentas de construção de cenários, bem como de análise de aspectos da gestão municipal de saúde, em relação à referida incorporação ou tendência de aproximação futura. Apropriando-se e analisando conteúdo extraído de documentos da gestão, discursos de gestores e conselheiros de saúde e debate entre especialistas, este estudo constatou a importância do tema para a gestão em saúde. Detectou entraves, tanto no ambiente interno quanto no externo, para a efetividade da incorporação estudada. Destacam-se entre eles a falta de um planejamento municipal integrado, a dificuldade de priorização das doenças e agravos de grande carga ambiental na agenda do gestor, a falta de uma política de intersetorialidade, a dependência técnica e financeira de outras esferas de poder, limitação da capacitação dos profissionais das áreas de Vigilância e a falta de uma instância metropolitana para planejamento e ações comuns aos municípios estudados, formando um leque de variáveis que compõem o sistema. Analisadas como condicionantes de futuro, estas variáveis, por outro lado, mostraram-se altamente interdependentes e sob alta governabilidade dos principais atores da gestão, apontando para uma potencial incorporação da temática na gestão em saúde, nos municípios estudados. Percebe-se ainda o alto grau de convergência entre os atores, anunciando a possibilidade de consensos, ainda que provisórios e a potencialidade destas variáveis passarem de incertezas a tendências, com uma direção visível e consolidada, participando previsivelmente do cenário futuro.

Palavras-chaves: Planejamento, gestão, saúde, meio ambiente, desenvolvimento

## **ABSTRACT**

This study analyses the process of incorporation of environmental themes and developments in the management and formulation of public health policies in the four largest municipalities of the Metropolitan Region of Grande Vitória in the State of Espírito Santo in the period 2009 to 2012 and the transition to the Management Administration that followed, from 2013 to 2016. It is a case study developed in two dimensions: the first is theoretical, a review of the literature in light of the complexity and variety of approaches on the same theme. The second applies some tools for constructing scenarios, as well as analysing the characteristics of the municipal management of healthcare, in relation to such a process of incorporation or the trend towards a convergence. Appropriating and analysing content extracted from the Administration's documents, manager's and healthcare advisor's speeches and debates between experts this study demonstrates the importance of the theme for healthcare management. It detected impediments, as much in the internal environment as in the external, to the effectiveness of the studied process of incorporation. Highlighting, among them, the lack of integrated municipal planning, the difficulty in prioritising diseases and disorders due to the heavy environmental demands on the manager's schedule, the lack of an inter-sectorial policy, the technical and financial dependence on other spheres of power, limitations on the capacities of professionals in the area of oversight and the lack of a metropolitan forum for the planning of common actions in the municipalities studied, forming an array of variables that together form the system. Analysed as determinants of the future these variables, on the other hand, showed themselves to be highly interdependent and under a high degree of governance by the main management actors, pointing to the potential incorporation of this theme in healthcare management in the municipalities studied. The study even sees a high degree of convergence between the actors, heralding the possibility of consensus, albeit provisional, and sees the potential of these variables moving on from being uncertainties and trends, with a consolidated and visible direction, foreseeably participating in the future scenario.

Key words: planning, management, health, environment, development

## 1 INTRODUÇÃO

Categorias aparentemente distintas, Saúde, Meio Ambiente e Desenvolvimento são implicadas mutuamente e a cada dia impõem melhor entendimento sobre esta relação. Mais ainda quando esta relação se dá nas cidades, particularmente em regiões metropolitanas com seus desafios altamente diversificados.

Sendo construídas no jogo das relações sociais, são fortemente influenciadas pela intensa urbanização e concentração das populações, com suas conseqüentes mudanças estruturais. Esta dinâmica ambiental pode ser entendida como estruturante, quando cria e redesenha os ambientes e ao mesmo tempo desestruturantes, ao alterar e desarranjar os processos de vida (RODRIGUES e col., 1992).

A articulação entre Saúde, Meio Ambiente e Desenvolvimento pode acontecer âmbito das políticas públicas, desde que essas entendam que a melhoria da qualidade de vida nos distintos territórios ocorre em uma arena multifacetada da sociedade complexa, com suas complementaridades e contradições (AKERMAN, 2005). Esta articulação revela-se particularmente importante para as populações das cidades, onde parecem condensarem-se todos os aspectos do problema, bem como suas implicações práticas e teóricas.

A urgência da pauta ambiental se depara com a crise de governança metropolitana e suas dificuldades em conciliar orientação regional com impactos locais (ASQUINO, 2010). Como afirma Maricato (2011), encontra-se ainda o agravante de que as entidades metropolitanas não têm experiência de integração administrativa em relação ao uso e ocupação do solo, o que pode repercutir nos grandes problemas vividos pelas metrópoles: problemas sociais, ambientais, de saneamento, de transportes, de drenagem, de saúde e de segurança.

Em revisão de literatura realizada com o objetivo de descrever o quadro atual de produção científica sobre esta relação no âmbito da Saúde Pública e para subsidiar este projeto, presente no Cap. I deste trabalho, a preocupação com tal articulação aparece em um número relativamente grande de publicações. Mas também relativamente grande é o número de trabalhos que versam sobre doenças e agravos específicos, com grande

densidade na identificação dos riscos, mas incipientes em relação aos aspectos referentes à gestão ou que contribuam com a formulação e implementação de mudanças institucionais. Também incipiente é a preocupação com as possibilidades de intervenção que constituam mudanças nos cenários atuais e prospectivos das políticas públicas acerca do tema. Esta constatação vale para trabalhos internacionais e brasileiros, apontando para a necessidade de se estudar, nos desenhos de gestão, a potencialidade de articulação das temáticas de saúde ambiental e saúde coletiva, implicadas no processo de desenvolvimento.

Gouveia (1999) aponta a complexidade e o aspecto multicausal dos problemas de saúde nas áreas urbanas e discute a necessidade do que ele denomina estratégias inovadoras, a serem utilizadas tanto na identificação quanto na redução da exposição a fatores de risco típicos do meio ambiente urbano. O autor expressa principalmente a sua preocupação com os grupos populacionais mais susceptíveis, cujos ambientes oferecem riscos mais elevados e por isso pressupõem uma gestão mais apropriada.

Verifica-se, deste modo a necessidade de se reverter a separação conceitual e até prática, entre o desenvolvimento, o meio ambiente e a saúde, valendo-se da preocupação expressa por Gouveia (1999), de que políticas, recursos e instituições da área da saúde ainda se concentram no modelo biomédico enquanto as políticas e os movimentos ambientais se distanciaram dos temas relacionados à saúde.

Por outro lado já não se pode mais contrapor de maneira conflitiva, meio ambiente, desenvolvimento e saúde, já que um é ao mesmo tempo causa e resultado do outro. Os problemas do meio ambiente e do desenvolvimento são problemas de saúde, e um desenvolvimento desigual para os distintos territórios é nocivo para a saúde e para os sistemas naturais. Além de uma questão técnica, esta articulação se constitui no âmbito social e político, como descrito desde a Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92 (CORDANI et al, 1997).

Em cenários exploratórios construídos para o Plano de Desenvolvimento do Espírito Santo 2025 (ESPÍRITO SANTO, 2006) a Região Metropolitana da Grande Vitória - ES (RMGV) aparece como capaz de se valer beneficentemente do grande aporte de recursos que

recebe pelas atividades relacionadas direta e indiretamente ao petróleo/gás e outras produções em toda extensão do Estado, ao mesmo tempo sob o risco de acirramento da concentração da geração de produto e renda e também como local para ampliação de bolsões de população próxima ou abaixo da linha de pobreza.

Os referidos cenários são analisados mais especificamente do ponto de vista do crescimento econômico e os aspectos da saúde ficam restritos aos estudos dos indicadores de expectativa de vida, mortalidade infantil e taxa de homicídios. Por outro lado os aspectos ambientais são medidos pela cobertura vegetal, número de Unidades de Conservação e de Comitês de Bacias Hidrográficas em operação no Estado, sem informações que possibilitem a relação entre ambos os aspetos e nem a participação em planejamento no sentido do melhor cenário.

Constatado este distanciamento, neste trabalho analisou-se a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão em saúde, trazendo para o debate uma reflexão sistemática sobre a articulação saúde/ambiente/desenvolvimento e o que dela decorre no território de ação, estudando com mais profundidade as possibilidades de incorporação, considerando os atores concretos e as variáveis importantes na constituição das políticas. Foi realizado nas quatro principais cidades da Região Metropolitana da Grande Vitória, com suas diversidades de desenvolvimento e de modelos assistenciais assumidos em cada gestão municipal que a compõe, com afetações para além de seu território.

Percorreu um caminho metodológico que foi da revisão sistemática de literatura, pesquisa documental e entrevista, até o debate em grupo focal. Para a análise utilizou o referencial de planejamento de Matus e algumas das etapas de construção de cenários desenhadas por Godet (1993), que possibilitaram desvelar situação atual conjugando-a com análise de um contexto futuro (ARTMANN, 2001), de forma a reconhecer a visão dos atores em situação, identificar as inter-relações e os recursos com os quais organizam a tomada de decisão na formulação das políticas dos setores de saúde dos municípios da RMGV.

Assim, no Capítulo I apresenta-se a revisão sistemática que esclarece a lacuna de produções atuais sobre o tema específico. No Capítulo II estuda-se a política de saúde e

as estratégias da gestão, recuperando e atualizando o debate teórico nesta ação, com foco na regionalização e na intersetorialidade nas ações de saúde.

No Capítulo III o planejamento e a gestão estratégica são debatidos à luz do pensamento de Matus e Godet, apropriando-se da leitura oferecida por Rivera e Artmann para a estratégia e prospectiva na gestão pública.

Em seguida, no Capítulo IV, passa-se à contextualização do sujeito, a RMGV e os municípios escolhidos para a pesquisa, com suas particularidades.

Nos Capítulos V e VI apresentam-se respectivamente, os discursos objetos de análise de conteúdo e sua repercussão na discussão do grupo focal, como forma de compreender a visão dos diversos atores.

No Capítulo VII está a análise dos discursos e do debate dos especialistas no grupo focal, onde foi possível verificar a importância e a potencialidade de inserção da temática ambiental na gestão municipal. Desta análise resultaram as condicionantes de futuro, que são processos contínuos ou pontuais encontrados na gestão, de natureza diversa, que têm influência relevante na trajetória futura do objeto.

Neste ponto estas condicionantes foram analisadas do ponto de vista da prospectiva, no sentido de identificar as implicações (potencialidades e entraves) que elas representam para a concretização da incorporação da temática do meio ambiente e desenvolvimento nas formulações de políticas públicas de saúde em uma Região Metropolitana.

Concluindo, no Capítulo VIII fica claro que, ao situar a análise prospectiva em seu contexto organizacional, antecipando a natureza do problema com os atores-chaves dentro e fora da Instituição, é possível vencer as ideias-feitas e enfrentar os desafios que compõem a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento nas formulações das políticas de saúde dos principais municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação de políticas públicas de saúde nos quatro maiores municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória - ES (RMGV), Espírito Santo, no período de 2009 a 2012 e, na transição para a gestão seguinte, de 2013 a 2016.

### **2.2 Específicos**

- Discutir o processo de incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão municipal e na formulação das políticas de saúde e na gestão municipal, por meio da análise dos discursos.
- Identificar, nos discursos de peritos e/ou especialistas, as diferentes abordagens e orientações para a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão municipal e na formulação das políticas de saúde, nos quatro maiores municípios da RMGV, no período estudado.
- Identificar, na dinâmica das Secretarias de Saúde dos principais municípios da RMGV, tendências, acontecimentos e fatos portadores de futuro, para uma análise de incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação das políticas de saúde nestes municípios.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização e natureza do estudo**

Este estudo aborda a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na política municipal de saúde no período relativo a uma gestão, no caso a iniciada em janeiro de 2009 e concluída em dezembro de 2012, e nos planos da gestão que se iniciou em 2013.

Quanto ao tipo da pesquisa, trata-se de um estudo de caso, qualificado por Yin (2001) como uma categoria de pesquisa em que o objeto é uma unidade que se analisa profundamente, sendo possível explorar as relações estruturais e sua evolução. Este é uma ferramenta de investigação utilizada para compreender processos na complexidade social e para explicar vínculos causais em intervenções na vida real.

No entanto, dada a complexidade do tema, a evolução conceitual demonstrada na literatura que aborda a relação saúde e meio ambiente bem como a diversidade de posicionamentos atuais na questão ambiental, esta pesquisa caminhou por duas dimensões de análise.

A primeira é uma dimensão teórica que discute as possibilidades de incorporação dessa temática de forma mais orgânica, integrada na área de saúde, utilizando para isso a revisão bibliográfica sobre o tema. Inicialmente realizou-se uma revisão sistemática apresentada no Capítulo I.

Tendo como guia o pressuposto de que é importante compreender, caracterizar e apontar as tendências da incorporação da temática ambiental na saúde coletiva, particularmente em tempos de desigualdades socioambientais e seus impactos sobre a saúde das populações (FREITAS, 2005), autores como Gadelha (2006, 2007), Freitas e Porto (2006) e Freitas (2003) enriqueceram o estudo, oferecendo o conhecimento das práticas em saúde ambiental e sua inserção na gestão. Esses e outros pontos, como a necessidade de avanços na visão intersetorial da saúde e de ampliação do escopo de pensamento dos gestores, e o impacto do desenvolvimento sobre as condições de saúde e, conseqüentemente, sobre a gestão em saúde, foram verificados em revisão sistemática realizada para ancoragem desta pesquisa.

Apoiou-se ainda em autores como Matus, Godet, Artmann e Rivera para a sustentação teórica da tese.

Ainda em função dessa dimensão teórica, procedeu-se à análise de documentos, formalizados na regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) para a gestão da esfera municipal, destacando-se as atas dos Conselhos Municipais, os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios de gestão dos municípios pesquisados. Estes documentos, produzidos no período relativo à pesquisa, foram importantes na verificação da forma como as questões relacionadas ao meio ambiente são tratadas no processo de gestão.

A segunda dimensão refere-se à aplicação adaptada de algumas ferramentas de construção de cenários e de análise prospectiva (GODET, 1993; RIVERA, 2003) para identificar discursos de atores que mostrem a incorporação da temática ambiental e que apontem condições e tendências de aproximação atual e futura desse tema.

Essa abordagem, que se aproxima da produção de cenários, possibilita a análise dos pontos de vista dos diversos atores envolvidos e da relação com os conceitos que os norteiam (GODET; DURANCE, 2011). Nesse sentido foi possível investigar o território da gestão como possibilidade de conhecer e compreender projetos e capacidade de agir, bem como a natureza e o produto da ação dos setores de saúde.

Para essa dimensão, portanto, realizaram-se entrevistas e Grupo Focal como instrumentos de coleta de dados, e às suas respectivas análises. Em seguida foram aplicadas ferramentas de análise prospectiva.

### **3.2 Seleção e caracterização dos municípios**

Entre os sete municípios que compõem a RMGV, apenas quatro – Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica – foram selecionados, por semelhança em contingente e densidade populacional em torno de 1.000 (mil) habitantes por quilômetro quadrado e por predominância das características metropolitanas, considerando os aglomerados urbanos, as conurbações e as possibilidades de interações municipais. Esses municípios se caracterizam principalmente pela velocidade das mudanças econômicas, sociais e tecnológicas, as quais impõem a necessidade de uma constante revisão do planejamento

(Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo (IDAF), acesso em 12 dez. 2011).

### 3.3 Seleção e caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos selecionados para a pesquisa foram os que estavam exercendo as seguintes funções no momento da entrevista: 1) Secretário de Estado da Saúde; 2) Secretário de Estado de Meio Ambiente e de Recursos Hídricos; 3) Secretários Municipais de Saúde; 4) Secretários Municipais de Meio Ambiente; 5) representantes do segmento Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios estudados; 6) representantes da sociedade nos Conselhos Municipais de Meio Ambiente desses municípios, num total de 26 entrevistas.

Para o Grupo Focal foram selecionados sete especialistas entre pesquisadores e profissionais com relevante produção acerca da temática analisada e com experiência em gestão. Os sujeitos estão relacionados no Quadro 1.

**Quadro 1: Seleção de sujeitos da pesquisa – entrevistados**

<b>Gestores</b>	<b>Saúde 2009-2012</b>	<b>M. Ambiente 2009-2012</b>	<b>Saúde 2013-2016</b>	<b>M. Ambiente 2013-2016</b>	<b>Total</b>
Estado	x	x			2
Vitória	x	x	x	x	4
Vila Velha	x	x	x	x	4
Serra	x	x	x	x	4
Cariacica	x	x	x	x	4
<b>Conselheiros</b>	<b>Saúde 2011-2014</b>	<b>M. Ambiente atual</b>			
Vitória	x	x			2
Vila Velha	x	x			2
Serra	x	x			2
Cariacica	x	x			2
Total					26
<b>Especialistas em:</b>					
Estudiosos e especialistas da RMGV	Doenças e agravos não transmissíveis				1
	Epidemiologia				1
	Ciência política e urbanização				1
	Vigilância ambiental e desastres naturais				1
	Territorialização e uso de solo				1
	Formação de recursos humanos para a saúde				1
	Gestão e políticas públicas em saúde				1
Total					7

### **3.3 Coleta de dados**

O método utilizado nesta pesquisa apropriou-se de alguns instrumentos que auxiliaram na verificação da incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na formulação das políticas públicas de saúde nos municípios estudados, tais como pesquisa documental e revisão de literatura, entrevistas individuais e Grupo Focal. A reunião desses instrumentos foi importante para destacar a natureza exploratória dos estudos prospectivos e a importância de uma abordagem interdisciplinar na pesquisa sobre os rumos e possibilidades de futuro.

A premissa dessa abordagem é de que os resultados dos referidos instrumentos, principalmente as entrevistas e o Grupo Focal utilizados como passo de construção de cenários, podem ser utilizados não para “acertar” previsões do futuro, mas, sim, para melhorar a base de informações e a compreensão sobre decisões que precisam ser tomadas no presente para assegurar objetivos futuros (GODET, 1993).

Por meio desses instrumentos e dos métodos analíticos que serão explicitados nos próximos tópicos, alguns aspectos puderam ser mais profundamente investigados para uma análise estrutural, morfológica e até mesmo dos jogos dos atores (GODET, DURANCE, 2011).

#### **3.3.1 Análise documental e revisão de literatura**

Utilizaram-se os instrumentos de gestão do SUS, tais como atas dos conselhos municipais de saúde, planos municipais de saúde e relatórios anuais de gestão, preconizados para a gestão municipal em saúde pela normalização do Sistema, conforme elencados no Quadro 2. Foram utilizados prioritariamente os documentos elaborados na gestão em estudo, ou seja, de 2009 a 2012, bem como o Plano de Governo da gestão seguinte (2013 a 2017).

**Quadro 2: relação de documentos utilizados na pesquisa**

<b>Documentos</b>	<b>Período 1</b>
Agenda Vitória	2008
Atas das reuniões ordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde: Vitória, Vela Velha, Serra e Cariacica	2010 a 2013
Plano Municipal de Saúde: Vitória, Vila Velha e Serra	2010 a 2013
Plano Municipal de Saneamento de Cariacica	2013
Programação anual de Saúde: Vitória e Serra	2010, 2011, e 2013
Relatório anual de Gestão: Vitória, Serra e Cariacica	2010 e 2012
Prestação de Contas-Saúde: Vitória	2010 e 2013
Plano Diretor Urbano de Cariacica	2008 e 2010
Plano Plurianual de Saúde de Vila Velha	2010 a 2013; 2014 a 2017

Buscou-se identificar nos documentos a presença de temas relacionados à problemática ambiental e ao desenvolvimento nas formulações das políticas de saúde, com o fim de explorar o problema e suas variáveis e também a dinâmica da gestão a partir dessas questões. Esta etapa seguiu um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) e os achados serviram de base para a orientação das etapas seguintes e para as análises de uma maneira geral, ao longo do trabalho.

Foi também realizada uma revisão sistemática sobre estudos acerca do tema saúde e desenvolvimento com o objetivo de destacar o quadro teórico produzido em torno do assunto em tela, apresentada no Capítulo I. O referencial foi levantado a partir dos descritores “Saúde e Desenvolvimento Social”; “Saúde e Desenvolvimento Econômico”; “Saúde e Desenvolvimento Sustentável”; “Saúde e Desenvolvimento Ambiental”; e “Saúde e Desenvolvimento Regional e Territorial”. Novas pesquisas em bases de dados disponíveis no Portal de Periódicos Capes sobre Gestão em Saúde, Planejamento por Cenários e Prospectiva Estratégica contribuíram para a complementação desse referencial.

### 3.3.2 Entrevistas individuais

Para as entrevistas utilizaram-se roteiros semiestruturados (APÊNDICE B), com o objetivo de identificar os aspectos relevantes com referência às categorias prévias ou que apareceram ao longo da coleta.

As categorias prévias foram retiradas dos estudos que contextualizam o problema da pesquisa. Dentre eles destaca-se o trabalho realizado para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual oferece um elenco de doenças e agravos com grande carga ambiental, ou seja, com fatores de risco atribuíveis a questões ligadas ao meio ambiente (PRÜSS-ÜSTÜN; CORVALÁN, 2006). Comparando-se esses dados aos de incidência dos agravos com grande carga ambiental na Região Metropolitana da Grande Vitória, chegou-se a uma lista comum apresentada aos entrevistados como estímulo a discorrer acerca da atenção e controle desses agravos. Também se utilizou como referência o relatório final do Plano Espírito Santo 2025, com os principais aspectos dos desenhos dos cenários prospectivos para o Estado, realçados nesse relatório.

Realizou-se um pré-teste dos roteiros de entrevista com gestores e conselheiros municipais de saúde do município de Guarapari, que não foi selecionado para a pesquisa. A escolha desse município se deu por fazer parte da Região Metropolitana, mas sem a mesma densidade demográfica a aglomeração urbana dos municípios selecionados para o estudo.

Como resultado do pré-teste, sentiu-se a necessidade de fundir duas perguntas, em função da repetição das respostas, e de desmembrar duas outras, neste caso para facilitar o entendimento dos entrevistados. Esse procedimento valeu tanto para os roteiros voltados para os gestores quanto para os dirigidos aos conselheiros de saúde.

Todas as entrevistas foram solicitadas por meio de ofício, enviado juntamente com o Projeto de Pesquisa e o documento de aprovação do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Apenas um gestor não atendeu à solicitação, alegando falta de espaço na agenda. No entanto, toda a documentação solicitada foi fornecida pelo Conselho de Saúde daquele município.

### 3.3.3 Operacionalização do Grupo Focal

Com o Grupo Focal (RESSEL et al., 2008) foi possível problematizar e aprofundar o tema a partir da interação de um grupo de atores escolhidos, com a ajuda de um roteiro estruturado com tópicos fornecidos pela moderadora do grupo (APÊNDICE C).

Nesta etapa do Grupo Focal, atores considerados como peritos e especialistas no tema atendeu ao segundo objetivo específico desta pesquisa, ou seja, identificar as diferentes abordagens e suas orientações para a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão municipal e na formulação das políticas de saúde, a partir dos resultados das entrevistas com gestores e conselheiros de saúde dos municípios estudados.

Os discursos extraídos nos debates do Grupo Focal estão descritos em forma de relatório no Cap. VI.

## 3.4 Categorias analíticas e opções metodológicas

### 3.4.1 A Análise de Conteúdo

A análise dos dados coletados nas entrevistas com os gestores e conselheiros deu-se por meio do método a Análise de Conteúdo, o qual Bardin (2009) define como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, com objetivos definidos e que permite a decodificação da mensagem que está oculta no texto.

Após a transcrição literal das entrevistas em estado bruto, os resultados foram tabulados e tratados isoladamente em relação a cada sujeito entrevistado, na fase de preparação das informações (APÊNDICE D). Este conteúdo foi transformado em unidades, primeiro reunindo-as por perguntas ou subtemas (APÊNDICE E) e em seguida agregado, formando as Unidades por grupos de sujeitos, com a sistematização final dos discursos reunidos por categoria de análise, extraídas dos próprios discursos, obtidos em cada subtema. A primeira interpretação e seleção destas categorias foram feitas por meio de observações da pesquisadora, com ancoragem na revisão de literatura sobre o tema em estudo, e apresentadas em reunião do Grupo Focal. Estas etapas de análise foram utilizadas para garantir a fidedignidade e pertinência do conteúdo (MINAYO, 2007).

A partir deste debate no Grupo Focal, onde os resultados anteriores foram corroborados, aprofundados, desclassificados ou acrescentados, foram extraídas as condicionantes de futuro (GODET e DURANCE, 2011) que, em seguida foram analisadas como parte da orientação de incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento nas políticas municipais de saúde.

#### 3.4.2 Análise prospectiva

Passou-se então para as etapas específicas de busca das condicionantes de futuro para a relação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento nas políticas de saúde. Essas condicionantes foram classificadas pelo critério do grau de incerteza com que se apresentam nos dados colhidos no objeto de estudo, definindo-se as Incertezas Críticas.

Realizou-se uma análise prospectiva de aspectos estruturais e do jogo dos atores, como propõe Rivera (2003), que mescla as matrizes do Planejamento Estratégico Situacional de Matus com os Cenários Prospectivos de Godet. Para identificar tendências futuras da gestão em saúde na referida região foram analisados aspectos específicos de interesse do estudo. Uma forte referência para esse ponto do trabalho foi o Plano Espírito Santo 2025 (ESPÍRITO SANTO, 2006), que contribuiu verificar a relevância desse tema para a gestão municipal de saúde dos municípios estudados.

Ao final dessas etapas foram descritas as condições atuais e as tendências futuras de incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão em saúde nos maiores municípios da RMGV-ES, buscando demonstrar sua relevância na formulação estratégica da política de saúde.

Este percurso metodológico aparece sintetizado no Quadro 3.

#### **Quadro 3 – Síntese dos passos metodológicos.**

Objetivo geral	Analisar a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação de políticas públicas de saúde nos quatro maiores municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, no período de 2009 a 2012 e na transição para a gestão seguinte, de 2013 a 2016.			
Técnicas	Pesquisa documental	Entrevista gestores	Entrevista conselheiros	Grupo focal
Objetivo específico 1: discutir o processo de incorporação da temática estudada na gestão em saúde.	x	x	x	x
	Análise Construção dos discursos, a partir das entrevistas, visando identificar eventos futuros e tendências para a organização e seu ambiente, na opinião coletiva dos entrevistados.			
Objetivo específico 2: identificar nos discursos de peritos - especialistas, as diferentes abordagens e suas orientações.				x
	Análise Sumários etnográficos baseados nas citações textuais dos participantes do grupo revelando os achados principais da análise.			
Objetivo específico 3: identificar na gestão tendências, acontecimentos e fatos portadores de futuro, para análise prospectiva de incorporação da temática estudada.	x	x	x	x
	Análise Investigação das variáveis (condicionantes de futuro) descritas no resultado do estudo de caso e grupo focal, numa análise crítica e prospectiva.			

### 3.5 Aspectos éticos da Pesquisa

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, conforme parecer consubstanciado emitido no dia 16 de maio de 2012 (ANEXO A). Todo o processo foi pautado na Resolução n.º 196, de 16 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época, que tratava das diretrizes e normas reguladoras para esse tipo de pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de cada entrevistado e com a garantia do uso ético de todos os dados (APÊNDICE G).

O projeto ainda foi apresentado para autorização à Secretaria de Saúde, à Secretaria de Meio Ambiente do Estado do Espírito Santo e às Secretarias dos municípios de Serra, Cariacica e Vila Velha (APÊNDICE F), das quais obteve autorização verbal, e à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, que o submeteu ao seu Comitê de Ética em Pesquisa e respondeu por meio de documento de autorização (ANEXO B).

## **RESULTADOS**

# **I ARTIGO - A RELAÇÃO SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: uma revisão sistemática de literatura<sup>i</sup>**

## **1.1 Introdução**

O conceito de desenvolvimento sustentável aqui incorporado vem sendo construído desde o Relatório Brundtland (Nosso Futuro Comum, 1987) e a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a Rio 92. Nesta Conferência a Agenda 21 (CNUMAD, 1992) apontava no seu Capítulo 1 (Preâmbulo) para a “...aceitação da necessidade de se adotar uma abordagem equilibrada e integrada das questões relativas a meio ambiente e desenvolvimento”. No Capítulo 6 (Proteção e promoção das condições da saúde humana) era reconhecido que a saúde e o desenvolvimento estão intimamente relacionados, tanto pela pobreza, como pelo consumo excessivo, resultado ambos em problemas para a saúde relacionada ao meio ambiente.

Vinte anos depois, no documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20, *The Future We Want* (UNITED NATIONS, 2012) a saúde é reconhecida não somente como um resultado do desenvolvimento sustentável, mas também como uma pré-condição de um desenvolvimento que integra e reconhece as interconexões entre os aspectos econômicos, sociais e ambientais. O novo conceito de desenvolvimento, para além da lógica econômica (GADELHA<sup>(56)</sup>), articulado ao arranjo produtivo e à política social (VIANA E ELIAS<sup>(135)</sup>) impõe a urgência de novos debates de associação entre a política econômica, a ambiental e as políticas sociais, dentre elas as de saúde.

O caminho percorrido na transição dos conceitos de desenvolvimento representa uma mudança de paradigma. Esta associação entre as políticas ficam propostas tanto no nível global, na Rio+20, e também nacional, como no caso dos debates travados na Conferência Nacional de Saúde Ambiental em 2010. Na ocasião foi decidida a implementação de políticas públicas intersetoriais nos diferentes órgãos governamentais com efetiva participação da sociedade civil, em busca da sustentabilidade socioambiental (CNSA, 2010).

Sob a premissa de que saúde e desenvolvimento são inseparáveis realizou-se uma revisão da literatura com o objetivo de destacar o quadro teórico produzido em torno da relação saúde e desenvolvimento, surgida entre as Conferências Mundiais da Organização das Nações Unidas – Rio 92 e Rio +20, com o intuito de dar início a uma discussão deste tema no processo das políticas locais de saúde.

## **1.2 Desenho e percurso metodológico da revisão**

Procedeu-se a uma revisão sistemática retrospectiva sobre estudos acerca do tema saúde e desenvolvimento com o objetivo de destacar o quadro teórico produzido em torno da temática, no período de junho de 1992 a junho de 2012. A escolha deste período se justifica pelo enfoque teórico na discussão saúde e desenvolvimento, marcado pela Conferência das Nações Unidas Sobre Meio Ambiente, a Rio 92 ou Eco 92 e em 2012 a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável – Rio + 20.

A identificação dos artigos foi feita nas Bases BVS - Public Health (que incluem Lilacs e Scielo.org), Academic Search Premier (ASP-EBSCO), Nature (NPG), Scopus, Science Direct (ELSEVIER), Highwire Press (que inclui PubMed) e Web of Science, por meio do Portal de Periódicos da Capes.

As estratégias e palavras-chaves selecionadas para a busca foram: ***Health AND social development; Health AND economic development; Health AND sustainable development; Health AND environmental development e Health AND local AND regional AND territory development.*** Para o descritor *Health AND social development* surgiu um viés de aproximação ao conceito de desenvolvimento humano ou de desenvolvimento de determinados grupos populacionais, fora do interesse específico da pesquisa. Verificou-se ainda que ele aparece frequentemente associado ao descritor *Health AND economic development*. Para correção foi necessário unificar os descritores, resultando em *Health AND social AND economic development*. Outra estratégia utilizada foi a busca manual nas referências de artigos identificados e selecionados.

Em casos onde, aparecendo ou não os descritores no resumo ou no título, ainda restavam alguma dúvida, os descritores foram procurados ao longo dos textos. Os idiomas considerados foram português, inglês, francês e espanhol.

Na primeira etapa chegou-se a uma lista inicial de 567 trabalhos. Com a leitura dos resumos buscando identificar a temática principal e sua vinculação com o tema pesquisado, chegou-se a um total de 247 trabalhos.

Foram considerados critérios de exclusão: a referência sem resumo fora do interesse deste artigo, os trabalhos relacionados ao controle de doenças, ações ou fatores de risco específicos e os trabalhos dirigidos a subgrupos específicos. Nesta etapa passa-se a um total de 199 trabalhos.

Foi necessária uma busca mais refinada por meio da leitura de todos os textos para verificar a conexão com as questões do desenvolvimento, chegando a 139 trabalhos, incluindo artigos científicos e documentos da Organização Mundial de Saúde publicados no Bulletin of World Health Organization (Figura 1).

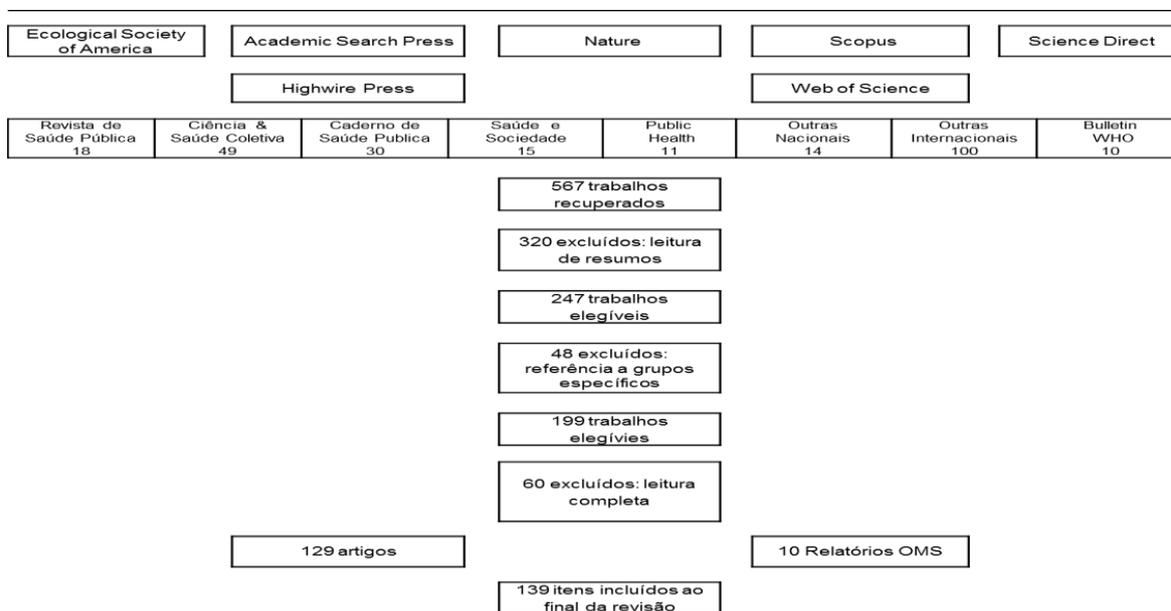


Figura 1. Revisão de literatura.: estratégia de pesquisa, período de 1992 a 2012.

Esta revisão se inicia com o levantamento dos estudos que tratem da relação saúde e desenvolvimento nas suas dimensões ambiental, sustentável, econômico e social, bem como o desenvolvimento regional e territorial, organizados em princípio na produção mundial e depois detalhados na produção brasileira.

Em seguida demonstra-se a intersecção entre os eixos temáticos encontrados no estudo, de forma a aprofundar a reflexão sobre a importância da articulação multifacetada da agenda da saúde pública com a do desenvolvimento sustentável e no que pode resultar para ambos os setores.

## **1.2 Resultados e discussão**

Foram identificados 139 textos, listados ao final deste capítulo, que tratam da relação entre saúde e desenvolvimento. Os 4 periódicos brasileiros Revista de Saúde Pública (FSP/USP), Cadernos de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); Revista Saúde e Sociedade (FSP/ABSP) e ainda a Revista Ciência e Saúde Coletiva (ABRASCO) aparecem com o volume mais representativo entre os periódicos nacionais (Quadro 1). Esta última lançou uma edição especial (vol.17 n. 6, 2012) dentro da Conferência Rio +20, chamando a atenção para a importância que a saúde deveria ter naquele debate, reconhecendo que as repercussões negativas nesse âmbito estão cada vez mais associadas à crise socioambiental. Destaca-se ainda o volume de trabalhos que aparecem no periódico inglês Public Health, em relação aos demais periódicos internacionais.

**Quadro 1: Revisão bibliográfica sobre a relação saúde e desenvolvimento em periódicos selecionados, no período de 1992 a 2012 (a partir da primeira busca, com 567 trabalhos)**

Descritores	Periódicos								Resultados			
	Rev. Saúde Pública	Ciênc Saúde Coletiva	Cad. Saúde Pública	Saúde Soc.	Public Health	Outras nacionais	Outras internacionais	Bol. OMS	* 1º filtro	**2º filtro	*** Final	%
<i>Health and social and economic development</i>	6	17	13	1	4	4	65	5	115	101	<b>67</b>	<b>48</b>
<i>Health and local, regional and territory development</i>	1	9	3	-	-	4	6	-	23	17	<b>9</b>	<b>6</b>
<i>Health and sustainable development</i>	3	12	5	8	6	3	21	4	62	46	<b>29</b>	<b>21</b>
<i>Health and environmental development</i>	8	11	9	6	1	3	8	1	47	35	<b>34</b>	<b>25</b>
Total	18	49	30	15	11	14	100	10	247	199	<b>139</b>	<b>100</b>

\*Filtrados na base segundo critérios gerais de descritores no título e resumo; \*\* Filtragem com leitura do resumo e inclusão de critérios de exclusão; \*\*\* Nova filtragem após leitura geral de alguns textos selecionados na filtragem anterior

Tanto no Brasil quanto na literatura internacional observou-se um maior número de trabalhos (67, ou seja, 48% do total estudado) que se associam ao descritor *Health AND social AND economic development*. Em seguida aparecem ainda 34 trabalhos (25%) que tratam da relação *Health AND environmental development* e 29 trabalhos (21%) para o descritor *Health AND sustainable development*. Um pequeno volume de produção (9 trabalhos ou 6% do total) foi encontrado com o descritor *Health AND local AND regional AND territory development*.

Os estudos encontrados nos Boletins da OMS (10 estudos no total) estão majoritariamente localizados nos descritores *Health AND social AND economic development* (5) e *Health AND sustainable development* (4), abordando os aspectos das mudanças climáticas e suas consequências para o desenvolvimento sustentável e mais diretamente como atingem os aspectos sociais e econômicos desta relação.

### 1.3.1 Eixos temáticos identificados

Os estudos selecionados, após leitura em profundidade, foram categorizados em 4 eixos temáticos: **Eixo 1: Modelos de desenvolvimento e o impacto na situação de saúde;** **Eixo 2: Importância econômica da relação saúde e desenvolvimento;** **Eixo 3: Saúde**

como pré-requisito para desenvolvimento; Eixo 4: Mudança no enfoque das pesquisas sobre a relação saúde e desenvolvimento (Quadro 2). A inclusão em um eixo não excluiu a possibilidade de inclusão em outro, de modo que o somatório dos trabalhos por eixos é maior do que o somatório de trabalhos revisados.

**Quadro 2: Revisão bibliográfica sobre a relação saúde e desenvolvimento, segundo eixos temáticos, no período de 1992 a 2012.**

<b>Eixos temáticos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1. Modelos de desenvolvimento e o impacto na situação de saúde	86	62
2. Importância econômica da relação saúde e desenvolvimento	76	55
3. Saúde como pré-requisito para desenvolvimento	70	50
4. Mudança no enfoque das pesquisas sobre a relação saúde e desenvolvimento	66	47

**Eixo 1:** Modelos de desenvolvimento e o impacto na situação de saúde

Neste eixo estão 62% dos estudos (86), discutindo e defendendo mudanças no modelo de desenvolvimento em função do impacto sobre as condições de saúde de determinada população.

Destes, 50% (43) destacam os efeitos danosos do padrão de desenvolvimento vigente e a busca por alternativas sustentáveis. Outros 31% (27) apresentam a relação entre crescimento econômico, globalização e pobreza e as condições de saúde. E 19% (16) tratam das mudanças ambientais provocadas pelos padrões de desenvolvimento e suas consequências sobre as condições de saúde.

A questão comum nestes casos é o reconhecimento da necessidade de se buscar um novo paradigma do desenvolvimento capaz de substituir o do conceito tradicional voltado para o crescimento econômico. As propostas giram em torno das alternativas sustentáveis do desenvolvimento, referindo-se ao uso racional dos recursos e à capacidade dos ecossistemas em reagir às agressões humanas, levando-se em conta a sustentabilidade social, política e econômica.

Ao mesmo tempo em que apresentam as relações entre crescimento econômico, globalização e pobreza,<sup>(60,70)</sup> discutem sua influência sobre o campo da saúde. Destacam-

se a utilização de indicadores sociais, demográficos e econômicos como explicação desta relação e são levantadas propostas de classificação de índices de desenvolvimento que não passem necessariamente por indicadores econômicos<sup>(58,59)</sup>. Nesta mesma linha outros autores<sup>(53;55;79)</sup> destacam o reconhecimento do efeito danoso do atual modelo de desenvolvimento sobre as condições ambientais tais como a perda de recursos naturais e biodiversidade, impacto sobre a camada de ozônio, aquecimento global e a poluição, com suas consequências sobre a saúde humana.

Alguns destes trabalhos<sup>(12,34,46,63,79,130)</sup> se referem às mudanças de modelo com o objetivo de preservação do ambiente e conseqüentemente da qualidade de vida dos povos. Demonstram uma abrangência mais ampliada sem contar com a mudança imediata, tendo a questão ecológica como principal interesse. Neste ponto fica clara compatibilidade entre desenvolvimento econômico e social, e a possibilidade de utilizá-lo como redutor de desigualdade.

Trabalhos deste eixo<sup>(10,109)</sup> estão também associados à reconhecida necessidade de aprofundar estudos sobre a influência das desigualdades sociais nas condições de saúde, como resultado de padrões de desenvolvimento, aprisionados pela necessidade de aumento e acumulação de capital. Fleury<sup>(41)</sup> ao estudar esta situação urbana, e Rattner<sup>(109)</sup>, ao discutir os principais aspectos da deterioração ambiental e a necessidade de construir um novo paradigma de desenvolvimento, baseado na distribuição equitativa do produto social e na reformulação do sistema político, encontram-se nesta linha.

Destaca-se ainda a convergência entre a visão de Gadelha<sup>(55)</sup> e Deaton<sup>(35)</sup>. O primeiro defende a centralidade do papel da saúde e demonstra uma preocupação pela forma limitada como o tema saúde e desenvolvimento vem sendo trabalhado pelas escolas hegemônicas. e Deaton<sup>(35)</sup> esclarece que, enquanto o crescimento econômico é a chave para a redução da pobreza, não significa que esta redução vai impactar a melhoria da saúde, quando afirma:

“... saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade. A saúde, nesta perspectiva, se torna parte

endógena de discussão de um modelo econômico de desenvolvimento” (pag. 333).

O componente central deste eixo, portanto, trata da necessidade de mudança na forma e na estrutura do desenvolvimento, tanto do ponto de vista econômico, social ambiental e sustentável, com o compromisso da sustentabilidade ambiental e o que isso representa em melhoria da qualidade de vida e saúde.

### **Eixo 2: Importância econômica da relação saúde e desenvolvimento**

Este eixo reúne 55% dos trabalhos (76) que reconhecem a importância econômica da relação entre saúde e desenvolvimento, trazendo para o debate o investimento no setor, tanto na inovação tecnológica, quanto no saneamento e nas demais políticas de gestão ambiental, encaradas como importantes para a saúde. Entre estes, 61% (46) abordam a relação entre a inovação tecnológica no setor saúde e as condições sociais. Aqui são tratadas as tecnologias de ponta para equipamentos, plantas industriais, novos medicamentos e também as tecnologias de baixo custo, mas com novos conhecimentos que mudem a forma de abordagem sobre as doenças e sobre a promoção, modificando padrões epidemiológicos. Neste eixo ainda, 25% (19) tratam da relação entre a presença do saneamento ambiental e dos serviços de saúde e o custo com as doenças decorrentes da ausência destes. E também 14% (11) dos estudos tratam do investimento na gestão ambiental indo além do saneamento, mas incluindo a gestão dos recursos hídricos, o uso do solo, e o próprio controle ambiental do complexo industrial – seja de saúde ou não, como estratégia para alcançar melhores condições de saúde.

Assim, mesmo quando tratam mais especificamente das questões econômicas e de inovação tecnológica,<sup>(25,32,67,75,127)</sup> trazem insistentemente o peso das condições sociais, notadamente do setor saúde. Esta perspectiva é também importante nos trabalhos que fazem a relação do custo de investimento em ações de saneamento e em conservação do meio ambiente, bem como do valor do investimento em tratamento das doenças decorrentes da não prevenção, em contraposição ao custeio das ações e serviços de saúde na falta destes.

Estes estudos se desenvolvem principalmente no meio urbano<sup>(43,68,77,81,82,120)</sup> e apontam para o direcionamento e implementação de propostas de adequações sanitárias.

A partir das Conferências Rio 92 e Rio+10, verificam-se o crescimento da preocupação com o processo de urbanização e o uso desordenado do solo, consolidando-se assim a importância do investimento econômico em saúde, também neste espaço.

Outra linha presente neste grupo destaca a importância do planejamento e de desenvolvimento de programas que utilizem os conhecimentos técnicos já existentes com respeito à relação saúde e desenvolvimento. Sucedem-se críticas à compreensão limitada de gestores da saúde acerca desta relação, gerando dificuldades potencialmente evitáveis<sup>(4)</sup> ou ainda à visão restrita de gestores que não relacionam o ser humano à dinâmica ecológica da vida de um ecossistema<sup>(1)</sup>. (Informação?) Não restam dúvidas, portanto, da influência positiva do setor saúde sobre o desenvolvimento econômico, justificando a urgência de investimentos.

Neste eixo a discussão da gestão ambiental assume que o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade ambiental não são incompatíveis e que a transição para um desenvolvimento sustentável depende de decisões políticas. Articula-se à reflexão sobre um novo modo de produção voltado para a justiça socioambiental, incentivando a participação social e as formas democráticas de governança, para além do desenvolvimento de altas tecnologias.

Nestes estudos defende-se a ideia de que, o que torna um país rico e desenvolvido não é o crescimento econômico com acumulação do volume de riquezas nem o aumento do PIB, mas uma política de desenvolvimento associada ao investimento em políticas sociais. Políticas e ações em saúde representam benefícios que podem alterar a capacidade de um país promover o desenvolvimento sustentável, articulando um conjunto dinâmico de atividades econômicas e inovadoras sob a lógica sanitária, num padrão de desenvolvimento pautado na equidade.

### **Eixo 3: Saúde como pré-requisito para desenvolvimento**

Neste eixo estão os estudos que destacam a perspectiva da saúde como pré-requisito para o desenvolvimento. Este se diferencia do eixo1 uma vez que o investimento abordado aqui diz respeito principalmente aos equipamentos sociais, e aos programas específicos de redução de pobreza e desigualdades em geral. São 50% dos artigos (**70**), dos quais a grande maioria, 83% (**58**) destacam a relação direta entre desenvolvimento econômico e saúde, numa discussão mais voltada para os instrumentos sociais de redução de pobreza e das desigualdades em geral como produtores de saúde e, por isso, como indutores do desenvolvimento. De modo geral aqui estão os trabalhos que partem do relatório produzido pela Organização Mundial da Saúde, “Macroeconomia e Saúde: investindo na saúde para o desenvolvimento econômico”<sup>(89)</sup> ou de determinantes sociais em saúde. Ainda aqui, 17% dos estudos (**12**) tratam dos equipamentos específicos de saúde, como por exemplo ao aumentar e qualificar as equipes de Saúde da Família, uma política municipal estará contribuindo para a produção de igualdade e inclusão. Para os casos internacionais estes exemplos estão nas ações de Promoção da Saúde.

A partir do relatório produzido pela Organização Mundial da Saúde, “Macroeconomia e Saúde: investindo na saúde para o desenvolvimento econômico”<sup>(89)</sup>, observa-se uma crescente produção de estudos que fazem uma relação direta da saúde como pré-requisito para o desenvolvimento em todas as suas dimensões. Estudos mais recentes inclusive tratam mais especificamente do investimento no setor saúde como sinônimo de investimento em desenvolvimento.

Para Gadelha<sup>(55)</sup> o relatório oferece uma nova dimensão a ser desenvolvida e utilizada de forma mais prática pelos governos, compreendendo que a saúde é um fim em si e um fator favorável ao desenvolvimento econômico. O autor destaca que este relatório ajuda a estabelecer a relação saúde e desenvolvimento em regiões onde a carga de doenças é tão perversa que limita as possibilidades de crescimento e de desenvolvimento. Mas também destaca situações em que esta relação é discutida em função dos seus aspectos econômicos e de seu impacto nas condições de trabalho das populações e regiões ao afirmar que investir em saúde é base para o crescimento econômico e este debate não deve se restringir à dimensão dos gastos e ao tamanho do Estado e do Mercado. Deve transitar também pelo fortalecimento da estrutura de produção em saúde.

Nesta linha de estudos encontra-se o tema referente à redução da pobreza e as estratégias para o desenvolvimento sustentável, que devem ser acompanhadas de um aumento do investimento em saúde e uma melhor eficácia das despesas com o setor<sup>(25,53,59,89)</sup>. Este eixo se diferencia do eixo 1 uma vez que o investimento abordado aqui diz respeito principalmente aos equipamentos sociais, e aos programas específicos de redução de pobreza e desigualdades em geral<sup>(4,36,51,113,139)</sup>. Políticas que busquem o fortalecimento do capital social, comprometidas com a equidade se tornam indispensáveis em todo o mundo. Para Buss<sup>(25)</sup> estas intervenções devem se dar sobre os níveis macro, micro e intermediário dos determinantes sociais de saúde, obrigando a uma atuação coordenada intersetorial que envolva os diversos níveis da administração pública. Neste eixo os estudos de Buss<sup>(25)</sup> e Gadelha<sup>(55 e 56)</sup> elencam os determinantes sociais e a estrutura tecnológica como recursos para o fortalecimento de políticas de ampliação do capital social e também de inovação.

Cabe aqui destacar o alerta de Amartya Sen (2008), que trata do investimento em saúde como positivo para o crescimento econômico, mas que está agregado ao investimento em educação. O autor explica que as teorias econômicas e de desenvolvimento devem se basear na justiça, na democracia, no compartilhamento de benefícios e oportunidades, de direitos humanos e de escolha, enfim, na liberdade, permitindo o pleno uso das capacidades humanas. Os trabalhos desta linha destacam fortemente a saúde como pré-requisito para o desenvolvimento ao lembrarem a importância de se privilegiarem uma visão ampla e equitativa da realidade mundial nos processos de desenvolvimento.

Esta ideia é abordada com frequência naqueles que fazem menção ao *Millennium Ecosystem Assessment (2005)*, para responder às necessidades de informações científicas sobre a relação entre mudanças nos ecossistemas e bem-estar humano para os tomadores de decisões políticas. Destaca-se a força do argumento de que o setor saúde tem um importante papel como parte do desenvolvimento sustentável e até mesmo de um futuro sustentável para esta relação saúde e ambiente.

Tais trabalhos vêm de encontro aos que estudaram as formas de ligações potenciais entre as duas áreas nas formulações políticas da Inglaterra<sup>(2)</sup>. Eles demonstram o foco crescente

na política de desenvolvimento, de novas ofertas e oportunidades para alinhar a narrativa de saúde pública com a de desenvolvimento a fim de promover a saúde da população e seu sistema de cuidados. Nesta mesma linha outros trabalhos<sup>(54,56,135)</sup> atestam a necessidade de mais estudos, assumindo a importância da saúde para o desenvolvimento e a incoerência do crescimento restrito à condição econômica, com condições sanitárias perversas. Apontam também alguns efeitos da globalização na saúde das populações, enfatizando o conflito onde, ao mesmo tempo em que se aumentam as possibilidades de curas pela tecnologia, aumentam a exclusão de países pobres à este mesmo avanço.

#### **Eixo 4:** Mudança de enfoque das pesquisas sobre a relação saúde e desenvolvimento

Este eixo reúne estudos sobre a mudanças no enfoque das pesquisas contemporâneas, para estas relações. São 47% dos estudos (66), dos quais 64% (42) tratam mais especificamente da interferência das mudanças ambientais nos processos sociais, inclusive na saúde. Observando o início do período estudado nota-se que as pesquisas passam por uma fase de maior preocupação com o controle de vetores e demais aspectos biológicos ligados ao saneamento. Os estudos mais recentes passam a propor avanços e incorporações de novos conceitos, como o da sustentabilidade nas ações ambientais e de promoção da saúde. Ainda aparecem 36% (24) que tratam dos avanços tecnológicos e mudanças conceituais para o controle dos agravos à saúde com grande carga ambiental.

Observando o início do período estudado nota-se que as pesquisas passam por uma fase de maior preocupação com o controle de vetores e demais aspectos biológicos ligados ao saneamento. Como já observaram Freitas<sup>(50)</sup> e Camponogara et al<sup>(29)</sup>, a produção científica ainda não valoriza a diversidade de fatores envolvidos nas questões ambientais deixando a dimensão social e política em lugar marginal e periférico. Nesta linha destaca-se o trabalho de McMichel<sup>(80)</sup>, que traz a discussão do reconhecimento renovado dos efeitos adversos do rápido crescimento populacional às condições sociais e ambientais, especialmente nos países em desenvolvimento. O crescimento populacional, nos centros urbanos é um fator estimulador de desigualdades e deve ser estudado no contexto da saúde. Os estudos mais recentes passam a propor avanços e incorporações de novos conceitos, como o da sustentabilidade nas ações ambientais e de promoção da saúde<sup>(22,23,52,63,103,104,111)</sup>.

A preocupação com o desenvolvimento, mais especificamente o econômico, aparece vez por outra como possibilidade de reorganizar os serviços de saúde, abrangendo os problemas causados pelo próprio desenvolvimento<sup>(14,16,48,49,83,86)</sup>. Estes estudos mostraram que uma melhor aproximação saúde e desenvolvimento é possível com aprofundamento dos conceitos e o alinhamento das pesquisas com os objetivos e prioridades sanitárias.

Ainda neste eixo estão os estudos que propõem pesquisas estratégicas de apoio às políticas de informação ambiental e à criação de sistemas de informação, indispensáveis à elaboração das políticas públicas. Ribeiro<sup>(112)</sup> e Porto<sup>(105)</sup> defendem pesquisas sobre a justiça ambiental, de forma a assegurar o acesso aos recursos ambientais do país e nesta linha incluem-se ainda outros trabalhos<sup>(9,18,66,114)</sup>.

Desde a Conferência de Estocolmo (ONU, 1972), iniciam-se debates e pesquisas em torno do socioambientalismo e a necessidade de articulação entre movimentos ambientais e movimentos sociais, como afirma Santilli (2005), que também aponta como fundamental a ampliação de investimentos em pesquisas sobre a interface entre saúde e as problemáticas ambientais incluindo os processos sociais, políticos, econômicos e culturais.

Estudos deste eixo poderão orientar intervenções em atividades que geram impactos e consequências sobre a sustentabilidade do ambiente e da saúde humana, desde que, como afirma Morel<sup>(86)</sup>, garantam que o conhecimento gerado seja efetivamente incorporado em políticas e ações de saúde pública e de meio ambiente.

### 1.3.2 Especificidade dos estudos brasileiros

Os estudos brasileiros (71) mostraram algumas especificidades agrupadas nos seguintes eixos temáticos. Da mesma forma que nos grupos anteriores, a inclusão em um eixo não excluiu a possibilidade de inclusão em outro e o somatório dos trabalhos por eixo é maior do que o somatório de trabalhos brasileiros - Quadro 3:

**Quadro 3: Eixos temáticos dos estudos brasileiros, no período de 1992 a 2012. Total de trabalhos=71**

<b>Eixos temáticos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1. Intersetorialidade nas políticas de saúde e desenvolvimento	<b>32</b>	45
2. Articulação das ações de desenvolvimento com as formulações políticas do SUS	<b>31</b>	44
3. Ações de controle e participação social	<b>18</b>	25
4. Aprofundamento da pesquisa brasileira	<b>10</b>	14

**Eixo 1: Intersetorialidade nas políticas de saúde e de desenvolvimento**

Encontram-se neste eixo 42,1% (32) dos estudos brasileiros. Tratam da intersetorialidade dentro das políticas de saúde e destas com as políticas de desenvolvimento, em suas variadas dimensões, como apostas para o enfrentamento dos problemas de saúde que se manifestam fora daquele setor. Neste ponto dos estudos envolvem tanto o setor público como outros da sociedade organizada.

Para Junqueira (1997) a intersetorialidade é uma lógica para a gestão que busca superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, com suas necessidades individuais e coletivas. Nesta linha Fleury<sup>(41)</sup> destaca que os governos locais são vistos como agentes do desenvolvimento sustentável. A dimensão espacial é vista como geradora de condições que colocam em risco a saúde da população, mas também como geradora de condições de seu enfrentamento.

Estes autores e também Paim (2006) e Zancan (sd) afirmam que a ação intersetorial é mais possível e mais efetiva se tratada no limite dos territórios. Esta possibilidade vem sendo trabalhada no Brasil dentro das ações de promoção da saúde, com estratégias para mobilizar as organizações comunitárias e os cidadãos em seus territórios. Destaque para o trabalho de Gallo e Setti<sup>(60)</sup> que, ao demonstrar preocupação com a escassez de propostas intersetoriais para os setores saúde e meio ambiente, tentam construir pontes entre as abordagens teóricas e tecnologias disponíveis que propiciem a aplicação dos princípios do desenvolvimento sustentável e da promoção da saúde no planejamento local.

Alguns trabalhos vão além e salientam a necessidade de se desenvolverem instrumentos mais específicos, recomendando por exemplo a formulação de políticas intersetoriais que incorporem as perspectivas sociais e ambientais no momento das decisões da dinâmica econômica mundial<sup>(36)</sup>.

Entendendo que “(...): a saúde realiza-se, fundamentalmente, fora do setor saúde”<sup>(106, pag.36)</sup>, a gestão intersetorial pressupõe a integração de políticas e ações de diferentes naturezas (econômicas e sociais, principalmente). No setor saúde essa articulação depende ainda de diferentes atores com seus diferentes interesses, que variam de acordo com sua relação com a política de saúde. A intersetorialidade aparece como possibilidade de superação de práticas fragmentárias ou sobrepostas, na relação com os usuários dos serviços (JUNQUEIRA, 2004).

**Eixo 2:** Articulação das ações de desenvolvimento com as formulações políticas do SUS  
Neste eixo estão 40,8% (31) estudos que tratam da necessidade de articulação direta das ações de desenvolvimento, tanto econômico quanto social, especificamente com as formulações políticas dentro do SUS.

Nesta vertente estão os trabalhos que criticam as formulações focadas na necessidade de organização de serviços de saúde para atender a demanda do avanço do desenvolvimento<sup>(1,6,24,32,37,55,58,70,108,136)</sup>. Tratam de um padrão de desenvolvimento ainda praticado, onde ainda está claro o entendimento de que a situação de saúde de um povo é uma mera consequência do desenvolvimento e não pode ser entendida como parte dele. .

Em contrapartida estes trabalhos também demonstram uma busca por um conceito de desenvolvimento abrangente, para além, da economia forte, mas que envolva cidadãos saudáveis justamente em função das condições de vida possibilitada pelo padrão de desenvolvimento<sup>(6,60,81,85,135)</sup>. Estes trabalhos desenvolvem como argumento central a crença em processos de crescimento econômico que envolvem a melhor utilização de recursos naturais e humanos que resultam em uma mudança nas estruturas sociais, políticas e econômicas.

### **Eixo 3:** Ações de controle e participação social

Em 23% (18) dos estudos brasileiros estão as abordagens em torno da importância da participação social nos processos de decisão política envolvendo a relação saúde e desenvolvimento, apontando caminhos para construir um novo paradigma de desenvolvimento em um formato mais participativo e de co-gestão.

Discutem as alternativas de governança e da autonomia de grupos populacionais por territórios e também das diversas formas de participação popular, principalmente nos programas de Promoção da Saúde<sup>(6,25,37,40,53,70,83,84,86,109,113,135)</sup>. Estes trabalhos também destacam a possibilidades da compreensão dos contextos pelos membros das comunidades, movimentos ecológicos de reciclagem e outros grupos, por vezes alertando para um conceito de desenvolvimento pouco explorado no Brasil, onde se leva em conta a demanda apontada por estes grupos.

### **Eixo 4:** Aprofundamento da pesquisa brasileira

Entre os trabalhos brasileiros, 13,2% (10 estudos) tratam da pesquisa sobre a relação saúde e desenvolvimento, destacando as relacionadas aos aspectos da Promoção de Saúde e apontando a necessidade de aprofundamento das mesmas, inclusive como estímulo aos investimentos no setor.

Autores como Freitas<sup>(50)</sup>, Freitas e Porto<sup>(2006)</sup>, Gadelha<sup>(56)</sup>, Gouveia e Miranda<sup>(63)</sup> apontam a necessidade de aprofundamento das pesquisas em torno da relação saúde, meio ambiente e desenvolvimento, contrapondo à hegemonia do modelo biomédico. Gadelha<sup>(55)</sup> acrescenta ainda a necessidade de se levar em conta a estrutura social e econômica desigual e com fragilidades estruturais marcantes no Brasil. Propõe reconhecer que as perspectivas de transformação nacional se refletem na saúde tanto em sua dimensão política e social quanto em sua dimensão econômica.

É possível perceber o aumento de produções com esta relação no Brasil está associada à proposta de Promoção em Saúde. Mas também aparece a contradição entre o aumento do consumo de massas e a possibilidade de avanço na desconcentração da renda que, embora importantes no campo social, ainda não são capazes de melhorar as condições de vida e de saúde<sup>(40)</sup>. Demonstram claramente que a política macroeconômica brasileira ainda não dá a devida importância ao investimento em saúde.

Esta observação vem povoando a produção desde meados da década de 90, que foram incrementados com novos conceitos e maior institucionalização deste tema nas linhas de pesquisas e na formação de pesquisadores, conforme constatado por Freitas<sup>(50)</sup>.

### 1.3.3 A intersecção dos eixos temáticos

Muitos estudos localizam-se em mais de um eixo temático, simultaneamente. A seguir são apresentadas estas intersecções – Quadro 4:

**Quadro 4: Intersecção entre os eixos temáticos, no período de 1992 a 2012. Total de trabalhos: 139**

<b>RELAÇÃO SAÚDE x DESENVOLVIMENTO</b>	<b>1 (76)</b>	<b>2 (86)</b>	<b>3 (32)</b>	<b>4 (70)</b>	<b>5 (66)</b>	<b>6 (18)</b>	<b>7 (31)</b>
(1) Importância econômica da relação (76)	*	52	15	45	37	3	7
(2) Modelos de desenvolvimento e o impacto na situação de saúde (86)	52	*	14	25	23	6	8
(3) Intersetorialidade nas políticas de saúde e de desenvolvimento (32)	15	14	*	10	13	9	8
(4) Saúde como pré-requisito para o desenvolvimento (70)	45	25	10	*	29	0	2
(5) Mudanças no olhar das pesquisas sobre a relação saúde e desenvolvimento (66)	37	23	13	29	*	3	7
(6) Ações de controle social e participação popular (18)	3	6	9	0	3	*	9
(7) Articulação de políticas de desenvolvimento e o SUS (31)	7	8	8	2	7	9	*

Os estudos que fazem parte do eixo temático 1, sobre a importância econômica da relação saúde e desenvolvimento fazem forte intersecção com os eixos 2, 4 e 5. Estas chamam a atenção, não só pelo número, mas também pelo aspecto de complementaridade entre os temas abordados.

Ao tratar da importância econômica da saúde no desenvolvimento de um país ou mesmo de um território (eixo 1), grande parte dos trabalhos (52 em 76) abordam a influência do modelo de desenvolvimento (eixo 2). Aqui a questão frequente é demonstração de crescimento econômico não é suficiente para mudar a situação de saúde e as condições sociais de um modo geral. Assim, um país se torna verdadeiramente desenvolvido quando articula as políticas de desenvolvimento e as políticas sociais. Esta discussão vem de encontro às críticas ao processo de globalização e seus efeitos, bem como os novos

paradigmas pautados em padrões tecnológicos, apontados nestes eixos como uns dos aspectos responsáveis pela intensificação da iniquidade social em boa parte do mundo.

Ocorre também nestas intersecções a inclusão da preocupação com a preservação do meio ambiente no processo de desenvolvimento, ainda que conduzida pela via econômica, e suas consequências para a saúde. Fica claro que os processos de crescimento econômico que envolvem a melhor utilização de recursos naturais e novos padrões de produção e consumo resultam em mudanças nas estruturas sociais, políticas e econômicas, portanto resultam em desenvolvimento.

Nesta perspectiva, o entendimento das ações voltadas para o desenvolvimento sustentável pressupõe um modelo inovador de desenvolvimento de ideias, com a participação da sociedade e de forma que se juntem forças para o desenvolvimento socioeconômico e, simultaneamente, dos recursos limitados do planeta.

Da mesma forma, as intersecções entre os eixos 1 e 4 (45 em 76) se destacam por incluir a saúde não só como consequência, mas também como pré-requisito para o desenvolvimento. Não se trata de limitar as ações de saúde como de promoção, prevenção e assistência, mas de incluí-la como parte dos direitos de cidadania e como geradora de investimentos, inovações.

Estas intersecções levam a pensar no desenvolvimento como transformação social, que transcenda à abordagem economicista e valorize as potencialidades de cada país nos setores como o da saúde, em lugar de simplesmente multiplicar as condicionalidades. Tratam a saúde com seu papel mais incisivo, como parte e pré-requisito para desenvolvimento.

No caso dos estudos brasileiros estas fortes intersecções trazem a reflexão sobre as conquistas da Reforma Sanitária Brasileira rumo ao verdadeiro desenvolvimento, como por exemplo, o investimento em saúde e outros direitos sociais e o amadurecimento das conquistas do SUS. Importante destacar que os estudos que tratam da mudança no olhar das pesquisas sobre a relação saúde e desenvolvimento fazem intersecção com aqueles que tratam da importância econômica desta relação, como nos alguns estudos<sup>(14,16,48,49,83)</sup>

e também com os que tratam a saúde como pré-requisito para o desenvolvimento<sup>(25,53,59,89)</sup>. Muitos destes estudos apostam em evolução do parque industrial da saúde como importante alavanca de desenvolvimento, incentivando e apontando necessidade de pesquisas neste sentido.

Os Eixos 3, 6 e 7, tendo sido destacados apenas em estudos brasileiros, fazem maior intersecção entre si, uma vez que os três temas são diretamente ligados às políticas do SUS.

### 1.3 Considerações finais

Os trabalhos estudados se referem continuamente a mudanças no conceito de desenvolvimento, tendo como foco a sustentabilidade social, política e econômica e a discussão de um novo paradigma do desenvolvimento. Apresentam também grande destaque para os elementos sociais e para a dinâmica econômica envolvida na relação saúde e desenvolvimento. Isto pode ser verificado tanto pelo fato de que o maior número de estudos foi encontrado a partir do descritor *Health AND social AND economic development*, como pela frequente abordagem sobre o **modelo** e o **impacto na economia**.

Nos descritores *Health AND environmental development* e *Health AND sustainable development*, via de regra, os trabalhos avançam no sentido da valorização das variadas dimensões desta relação como no reconhecimento da necessidade do enfrentamento da **dimensão social e política na relação** saúde/desenvolvimento, que ganha força às vésperas da Rio +20.

Uma produção reduzida a partir do descritor *Health AND local AND regional AND territory development*, no Brasil surpreende, uma vez que o trato das políticas por meio da organização territorial e regionalizada é estimulado no Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS–SUS 01/2001(BRASIL, 2001) a organização dos serviços de saúde no Brasil deve seguir a lógica da regionalização, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas. Recentemente este modelo foi ampliado pelo Decreto 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011), que cria novos instrumentos de gestão regional,

aprofundando as relações interfederativas e reforçando as características de regionalização do SUS.

No entanto, nos estudos no Brasil houve um representativo crescimento da produção sobre esta relação, mais fortemente focados na necessidade de se pensar novos modelos de desenvolvimento (Eixo 1), onde se integrem inovação, tecnologia (Eixo 2) e enfrentamento das desigualdades sociais (Eixo 3). Notável o crescimento de trabalhos que incluem a necessidade de redução da vulnerabilidade de grupos sociais, saindo da proposta clássica e não menos importante, de um maior acesso a serviços de saúde.

Retornando ao conjunto dos estudos, mais recentemente os trabalhos apontam uma luta mais contundente pelo desenvolvimento sustentável, com estudos das possibilidades de ação política no campo da saúde coletiva, como forma intersetorial de enfrentamento. Revelam uma mudança de paradigma ao incorporarem a difusão de debates em torno do desenvolvimento sustentável.

Da mesma forma as pesquisas acerca desta temática reconhecem a necessária interconexão entre as áreas econômicas e sociais, como forma de estimularem as políticas públicas.

A expectativa agora fica por conta dos resultados da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde que aconteceu no Rio de Janeiro em outubro de 2011 e do que virá após a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20), envolvendo as dimensões econômica, social e ambiental em seus debates. A própria escolha do tema para esta conferência representou um importante avanço com relação às demais conferências sobre meio ambiente, pois permitiu incorporar e aprofundar a discussão sobre os determinantes sociais.

Em que pesem as tímidas decisões elencadas no documento final - “The Future We Want” (UNITED NATIONS, 2012), a importância da saúde no desenvolvimento sustentável aparece de forma expressiva, como parâmetro orientador para os problemas ambientais. Desta forma fica destacada a saúde como pré-requisito e ao mesmo tempo resultado e também como indicador do desenvolvimento sustentável.

Ainda em escala mundial é importante destacar como o modelo econômico atual, adotado em grande parte do mundo, ampliou o abismo entre ricos e pobres. O paradoxo descrito por McMichael<sup>(80)</sup> aponta que, se por um lado propiciou o avanço tecnológico e o aumento da expectativa de vida, por outro, afeta negativamente a saúde de muitas populações vulneráveis. O resultado é o enfraquecimento das instituições sociais e a erosão das condições ambientais.

Neste sentido há um consenso nos textos analisados, de que a incorporação destes conceitos e a articulação da agenda da saúde pública com a agenda do desenvolvimento sustentável, ainda incipientes, se efetivadas implicariam necessariamente no sucesso de ambos os setores.

---

<sup>i</sup> Os números sobrescritos presentes neste artigo se referem aos trabalhos utilizados para a revisão, e estão devidamente referenciados no item 1.6 deste capítulo.

### **1.5 Referências complementares para discussão dos eixos temáticos da revisão**

1. ACSERALD, H. (org). **Conflitos Ambientais no Brasil**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2004. 296 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar**. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde**. Brasília: MS, 1999.

4. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)> Acesso: julho de 2012.
5. CNUMAD (Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento). **Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento**, 1992 – Agenda 21. Brasília: Senado Federal.
6. FREITAS, C.M. e PORTO, M.F. **Saúde, Ambiente e Sustentabilidade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).
7. FURTADO, Celso. **O mito do desenvolvimento econômico.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
8. GADELHA, C. A. G. et al. VPPIS/FIOCRUZ - Informe CEIS nº 1, ano 1 - Agosto 2010 - O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). O Complexo Econômico-Industrial da Saúde: conceitos e características gerais
9. JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saude soc.**, São Paulo, v. 6, n. 2, Dec. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1290199000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290199000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: Fev. 2012.
10. \_\_\_\_\_, A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, jan/abr 2004, p.25-36.
11. Millennium Ecosystem Assessment. **Ecosystems and human being – Health synthesis.** Washington, D.C.: Island Press; 2005.
12. PAIM, Jairnilson Silva. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS.** *Saude soc.* [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 34-46. ISSN 0104-1290.
13. SACHS, I. **Rumo à Ecosocioeconomia.** Teoria e prática do desenvolvimento. São Paulo: Ed. Cortez, 2007

14. SANTILLI, Juliana. **Sociambientalismo e novos direitos**: proteção jurídica à diversidade biológica e cultural. São Paulo; Petrópolis: IEB/ISA, 2005
15. UNITED NATIONS. The Futur we want.Publicado dia 11 de julho de 2012.  
Disponível em<<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/476/10/pdf/N1147610.pdf?OpenElement>. Acesso: Jul. 2012.
16. ONU – (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). **Declaração de Estocolmo de 1972** – Tradução livre. . Disponível em:  
[www.mma.gov.br/estruturas/agenda21/\\_arquivos/estocolmo.doc](http://www.mma.gov.br/estruturas/agenda21/_arquivos/estocolmo.doc)>. Acesso em:  
Jul. 2012
17. ZANCAN, L. **Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão**. In: O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Sperandio, A. M. G. (Org). Unicamp. Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, p. 45-60. Web site. Disponível em:  
[http://www.fec.unicamp.br/~labinur/Arquivos\\_PDF/LIVRO\\_vol1.pdf](http://www.fec.unicamp.br/~labinur/Arquivos_PDF/LIVRO_vol1.pdf)

## 1.6 Lista de trabalhos selecionados para a revisão

1. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis (Rio J)*. 2011;21(3):955-78.
2. Adshear F, Thorpe A, Rutter J. Sustainable development and public health: A national perspective. *Public Health*. 2006;120(12):1102-5.
3. Agostino M, Grant A, Martin G. Global health funding and economic development. *Global Health*. 2012;8(8):1-4.
4. Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy Plan*. 2008;23(2):150-60.
5. Akerman M, Campanario P, Maia PB. Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais intra-urbanos, Município de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(4):372-82.
6. Almeida RMVR, Thamer M, Attinger EO. Characterisation of Health and Social Development. *J Biosoc Sci*. 1992;24(1):1-8.
7. Andreatzi MA, Barcellos C, Damacena GN, Feitosa P. Highways and outposts: economic development and health threats in the central Brazilian Amazon region. *Int J Health Geogr*. 2010;9(30):1-10.
8. Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):562-7.
9. Augusto LGS, Branco A. Política de informação em saúde ambiental. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(2):150-7.
10. Augusto LGS, Câmara VM, Carneiro FF, Câncio J, Gouveia N. Saúde e ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(2):87-94.
11. Augusto LGS. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(4):177-87.
12. Barton H, Grant M. Testing time for sustainability and health: striving for inclusive rationality in project appraisal. *Royal Soc Health J*. 2008;128(3):130-9.
13. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):655-67.
14. Behrman JR, Behrman JA, Perez NM. On what diseases and health conditions should new economic research on health and development focus? *Health Econ*. 2009;18(S1):S109-28.
15. Berman P. Health sector reform: making health development sustainable. *Health Policy*. 1995;32(1-3):13-28.

16. Berman PA, Bossert TJ, editors. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? . Proceedings Data for Decision Making Symposium Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries; 2000; Washington: Data for Decision Making.
17. Bloom DE, Mirvis DM. Population health and economic development in the united states. JAMA. 2008;300(1):93-5.
18. Boischio A, Sánchez A, Orosz Z, Charron D. Health and sustainable development: challenges and opportunities of ecosystem approaches in the prevention and control of dengue and Chagas disease. Cad Saúde Pública. 2009;25(Suppl 1):S149-54.
19. Bos R. New approaches to disease vector control in the context of sustainable development. Cad Saúde Pública. 1992;8(3):240-8.
20. Botto-Abella C, Graterol-Mendoza B. Globalización, desigualdad y transmisión de las enfermedades tropicales en el Amazonas venezolano. Cad Saúde Pública. 2007;23(Suppl 1):S51-63.
21. Briceño-León R. Chagas disease and globalization of the Amazon. Cad Saúde Pública. 2007;23(Suppl 1):S33-40.
22. Brundtland GH. Health and the World Conference on Sustainable Development. Bull World Health Organ. 2002;80(9):689.
23. Brundtland GH. World summit on sustainable development. BMJ. 2002;325(7361):325-9.
24. Buss PM, Machado JMH, Gallo E, Magalhães DP, Setti AFF, Franco Netto FA, et al. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(6):1479-91.
25. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(6):1575-89.
26. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.
27. Calderon CAA. Desarrollo y salud. Rev Salud Publica. 1999;1(1):17-28.
28. Campbell-Lendrum D, Corvalán C, Neira M. Global climate change: implications for international public health policy. Bull World Health Organ. 2007;85(3):235-7.
29. Camponogara S, Kirchhof ALC, Ramos FRS. Uma revisão sistemática sobre a produção científica com ênfase na relação entre saúde e meio ambiente. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(2):427-39.
30. Carneiro FF, Franco Netto G, Corvalan C, Freitas CM, Sales LBF. Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(6):1419-25.
31. Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Assumpção RF. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(3):807-13.
32. Cohn A. Saúde e desenvolvimento social. Saúde Soc. 2009;18(Suppl 2):41-7

33. Corvalan CF, Kjellstrom T, Smith KR. Health, Environment and Sustainable Development: Identifying Links and Indicators to Promote Action. *Epidemiology*. 1999;10(5):656-60.
34. Coura JR. Endemias e meio ambiente no século XXI. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(3):335-41.
35. Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*. 2003;41(1):113-58.
36. Doran P. Care of the Self, Care of the Earth: A New Conversation for Rio+20? *Review of European Community & International Environmental Law*. 2012;21(1):31-43.
37. Draibe SM. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 2):S174-83.
38. Draper P, Crombie H. Health and Economic Policy. *BMJ*. 1995;311:1-2.
39. Duval G. Salud y ambiente en el proceso de desarrollo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998;3(2):7-16.
40. Fleury S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(3):243-50.
41. Fleury S. Saúde urbana e cidadania. *Divulg Saúde Debate*. 2007 (40):29-39.
42. Franco Netto G. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(6):1975-77.
43. Frazzoli C, Petrini C, Mantovani A. Sustainable development and next generation's health: a long-term perspective about the consequences of today's activities for food safety. *Ann Ist Super Sanit*. 2009;45(1):65-75.
44. Freitas CM, Giatti LL. Indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1251-66.
45. Freitas CM, Oliveira SG, Schütz GE, Freitas MB, Camponovo MPG. Ecosystem approaches and health in Latin America. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):283-96.
46. Freitas CM, Schütz GE, Oliveira SG. Environmental sustainability and human well-being indicators from the ecosystem perspective in the Middle Paraíba Region, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 4):S513-28.
47. Freitas CM, Souza CMN. Discursos de usuários sobre uma intervenção em saneamento: uma análise na ótica da promoção da Saúde e da prevenção de doenças. *Eng Sanit e Ambient*. 2009;14(1):59-68.
48. Freitas CM, Tambellini AMT, Schultz GE, Bertolini VA, Franco Netto FA. Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2071-82.
49. Freitas CM. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):679-701.
50. Freitas CM. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):137-50.

51. French J. The nature, development and contribution of social marketing to public health practice since 2004 in England. *Perspectives in Public Health*. 2009;129(6):262-7.
52. Furie GL, Balbus J. Global environmental health and sustainable development: the role at Rio+20. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1427-32.
53. Gadelha CAG, Costa L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 2):S214-26.
54. Gadelha CAG, Quental C, Fialho BC. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):47-59.
55. Gadelha CAG. Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. *Saúde Debate*. 2007;19(71):326-7.
56. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(Special):11-23.
57. Gadelha, CAG, Machado, CV, Lima, LD, Baptista, TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):3003-3016.
58. Gallo E, De Castro J, Costa J, Studart V, Wilecke S. Saúde, Desenvolvimento e Globalização. *Saúde Debate*. 2005;29(71):315-26.
59. Gallo E, Setti AFF, Magalhães DP, Machado JMH, Buss DF, Franco Netto FA, et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1457-68.
60. Gallo E, Setti AFF. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1433-46.
61. Glass TA, Hu H, Parker C, Schwartz BS. Global environmental change: what can health care providers and the environmental health community do about it now? *Environ Health Perspect*. 2006;114(12):1807-12. English.
62. Gosselin P, Bélanger D, Bibeault JF, Webster A. Indicators for a sustainable society. *Can J Public Health*. 1993;84(3):197-200.
63. Gouveia N, Miranda AC, editores. Rio+20: (In) sustentabilidade e saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17:1384.
64. Gouveia, N. - Saúde e Meio Ambiente nas cidades C – 1999.
65. Green E, Short SD, Stutt E, Harrison PTC. Protecting environmental quality and human health: strategies for harmonisation. *Sci Total Environ*. 2000;256(2-3):205-13.
66. Haines A, Alleyne G, Kickbusch I, Dora C. From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development. *The Lancet*. 2012;379(9832):2189-97.
67. Halfon N. Addressing health inequalities in the US: A life course health development approach. *Soc Sci Med*. 2012;74(5):671-3.
68. Heller L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998;3(2):73-84.

69. Hollander AEM, Staatsen BAM. Health, environment and quality of life: an epidemiological perspective on urban development. *Landscape and Urban Planning*. 2003;65(1-2):53-62.
70. Ianni AMZ. Saúde e meio ambiente na periferia da metrópole. *Saúde Soc*. 2000;9(1/2):97-109
71. Idrovo AJ, Ruiz-Rodríguez M, Manzano-Patiño AP. Beyond the income inequality hypothesis and human health: a worldwide exploration. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):695-702.
72. Ison E. The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network. *Health Promot Internation*. 2009;24(Suppl 1):i64-71.
73. Istúriz OF. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(4):887-96.
74. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Internation*. 2006;21(Suppl 1):75-83.
75. Katz A. The Sachs report: investing in health for economic development--or increasing the size of the crumbs from the rich man's table? Part II. *Int J Health Serv*. 2005;35(1):171-88.
76. Khoo S-m. Re-interpreting the citizen consumer: Alternative consumer activism and the rights to health and development. *Soc Sci Med*. 2012;74(1):14-9.
77. Listorti JA. Is environmental health really a part of economic development - or only an afterthought? *Environment and Urbanization*. 1999;11(1):89-100.
78. Martens WJM, Slooff R, Jackson EK. Climate change, human health, and sustainable development *Bull World Health Organ*. 1997;75(6):583-8.
79. McMichael AJ. Population, human resources, health, and the environment: getting the balance right. *Environment*. 2008;50(1):46-59.
80. McMichael AJ. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000;78(9):1117-26.
81. Medici AC. A saúde nos BRICs: progresso e perspectivas para 2011. *Diagn Tratamento*. 2011;16(1):39-41.
82. Melo MABC, Costa NR. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social; 1994.
83. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
84. Minayo, MCS. Saúde é desenvolvimento: esse é o desafio da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Editorial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; vol.12(Sup): pp. 1762.
85. Miranda AC. O dilema da Rio + 20. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):284.
86. Morel CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(2):261-70.

87. Moure-Eraso R. Development models, sustainability and occupational and environmental health in the Americas: neoliberalism versus sustainable theories of development. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(4):1039-46.
88. Novaes, HMD, Carneiro, JR. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*: 2007; 12(Sup):1841-1849.
89. Organização Mundial da Saúde. Investir na saúde: Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003.
90. Pacheco-Ferreira H, Castro E, Câmara VM. Redemoinhos teóricos: saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável. *Cad Saúde Colet*. 2005;13(1):27-44.
91. Palma M, Hernández I, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Ruiz MT, Medina M. Factores económicos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud: una revisión bibliográfica. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(2):161-71.
92. Panelli R, Parkes M, Weinstein P. Converging paradigms for environmental health theory and practice. (Research Commentary). *Environ Health Perspect*. 2003;111(5):669-75.
93. Parkinson AJ. Sustainable development, climate change and human health in the arctic. *Int J Circumpolar Health*. 2010;69(1):99-105.
94. Paz JBG. La política de salud en el desarrollismo. *Rev Asoc Méd Argent*. 2008;121(4):29-38.
95. Peiry KK. Public health in international law: the contribution of the World Summit on Sustainable Development. *Bull World Health Organ*. 2002;80(12):925.
96. Periago MR, Galvão LA, Corvalán C, Finkelman J. Saúde ambiental na América Latina e no Caribe: numa encruzilhada. *Saúde Soc*. 2007;16(3):14-9.
97. Pignatti, MG. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. *Ambiente & Sociedade*: 2004; Vol. VII nº. 1: 133-145
98. Pilkington P, Grant M, Orme J. Promoting integration of the health and built environment agendas through a workforce development initiative. *Public Health*. 2008;122(6):545-51.
99. Polanco-Rodriguez A, Rebollar-Tellez E, Ruiz-Pina H, Barrera-Perez M, Escobedo-Ortegon F, Carballo-Gonzalez J, et al. Sustainable Development and Environmental Health in a Mayan Community of Extreme Poverty. *Epidemiology*. 2008;19(1):S220-1.
100. Porritt J. Healthy environment—healthy people: The links between sustainable development and health. *Public Health*. 2005;119(11):952-3.
101. Porritt J. No sustainability without health equity. *Public Health*. 2012;126(Suppl 1):S24-6.
102. Porto MF, Finamore R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1493-501.

103. Porto MF, Martinez-Alier J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 4):S503-12.
104. Porto MF, Milanez B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(6):1983-94.
105. Porto MF. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):829-39.
106. Porto MFS. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998;3(2):33-46.
107. Prata PR. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(3):387-91.
108. Rae M. Health inequalities—a sustainable development issue. *Public Health*. 2006;120(12):1106-9.
109. Rattner H. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:1965-71.
110. Rehfuess E, Corvalan C, Neira M. Indoor air pollution: 4000 deaths a day must no longer be ignored. *Bull World Health Organ*. 2006;84(7):508.
111. Ribeiro H. Meio ambiente e saúde das populações. *Mundo Saúde*. 2004;28(1):21-7.
112. Ribeiro H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. *Saúde Soc*. 2004;13(1):70-80.
113. Rigotto RM, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 4):S475-85.
114. Rigotto RM. Caiu na rede, é peixe: a industrialização tardia e suas implicações sobre o trabalho, o ambiente e a saúde no Estado do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(Suppl 4):S599-611.
115. Rigotto RM. Inserção da saúde nos estudos de impacto ambiental: o caso de uma termelétrica a carvão mineral no Ceará. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2049-59.
116. Sabroza PC, Leal MdC, Buss PM. A Ética do desenvolvimento e a proteção às condições de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(1):88-95.
117. Santos M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):309-14.
118. Schlundt J, Eck Wv, Vallanjon M. WHO and FAO have a recipe for safer food. *Bull World Health Organ*. 2003;81(5):315.
119. Schultz TP. Health Human Capital and Economic Development. *Journal of African Economies*. 2010;19(Suppl 3):iii12-80.
120. Schütz GE, Tambellini AT, Asmus CIRF, Meyer A, Câmara VM. A agenda da sustentabilidade global e sua pauta oficial: uma análise crítica na perspectiva da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(6):1407-18.

121. Scriven A, Young S. Health Promotion, Environmental Health and Agenda 21. *Royal Soc Health J.* 1998;118(2):85-90.
122. Singer BH, Castro MC. Bridges to sustainable tropical health. *Proc Natl Acad Sci.* 2007;104(41):16038-43.
123. Soares SRA, Bernardes RS, Cordeiro Netto OM. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(6):1713-24.
124. Souza JH, Paulella ED, Tachizawa T, Pozo H. Desenvolvimento de indicadores síntese para o desempenho ambiental. *Saúde Soc.* 2009;18(3):500-14.
125. Stephens C. The urban environment, poverty and health in developing countries. *Health Policy Plan.* 1995;10(2):109-21.
126. Su M, Fath BD, Yang Z. Urban ecosystem health assessment: A review. *Sci Total Environ.* 2010;408(12):2425-34.
127. Suárez-Torres J, Translated DL-P, Uggén JF, Crawford S. Development, Environment, and Health in Crisis: The Case of Ecuador. *Latin American Perspectives.* 1997;24(3):83-103.
128. Suhrcke M, McKee M, Rocco L. Health investment benefits economic development. *The Lancet.* 2007;370(9597):1467-68.
129. Szreter S. Economic Growth, Disruption, Deprivation, Disease, and Death: On the Importance of the Politics of Public Health for Development. *Popul Dev Rev.* 1997;23(4):693-728.
130. Tambellini AT, Câmara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1998;3(2):47-59.
131. The Lancet. Global health in 2012: development to sustainability. *The Lancet.* 2012;379(9812):193.
132. Thurston WE, MacKean G, Vollman A, Casebeer A, Weber M, Maloff B, et al. Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy.* 2005;73(3):237-52.
133. Tillett T. Summit ties sustainability to improved public health. *Environ Health Perspect.* 2012;120(1):A19
134. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promot Internation.* 2009;24(Suppl 1):i4-10.
135. Viana ALDA, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(Suppl 0):1765-77.
136. Vicentin G, Minayo CG. Saúde, ambiente e desenvolvimento econômico na Amazônia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8(4):1069-85.
137. Von Schirnding YE. Health-and-environment indicators in the context of sustainable development. *Can J Public Health.* 2002;93(1):S9-15.
138. Warford JJ. Environment, health, and sustainable development: the role of economic instruments and policies. *Bull World Health Organ.* 1995;73(3):387-95.

139. Woodward A, Hales S, Litidamu N, Phillips D, Martin J. Protecting human health in a changing world: the role of social and economic development. Bull World Health Organ. 2000;78(9):1148-55.

## II POLÍTICAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO NO SUS

### 2.1 Política e gestão na organização pública

Em revisão de literatura sobre política pública, Souza (2006) afirma não existir uma única nem a melhor definição para o termo. A autora lista as principais, tais como a de Mead (1995, apud SOUZA, 2006), que a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, e a de Lynn (1980, apud SOUZA, 2006), que a entende como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986, apud SOUZA, 2006), pelo mesmo caminho, diz que política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” e afirma ser a definição mais conhecida a de Laswell (DYE, 1984, apud SOUZA, 2006), para quem as decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (MEAD, 1995; LYNN, 1980; PETERS, 1986; DYE, 1984, apud SOUZA, 2006).

De maneira geral, grande parte dessas definições enfatiza o papel da política pública na solução de problemas. Mas Souza (2006) encontra também críticas a elas pelo fato de superestimarem aspectos racionais e procedimentais. E ainda argumenta que elas ignoram a essência da política pública, que deve ser o centro de um debate em torno de ideias e interesses. Por se concentrarem no papel de governo, essas definições deixam de lado o seu aspecto conflituoso das possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre governos e outras instituições.

É importante não confundir políticas públicas com políticas governamentais. Órgãos legislativos e judiciários também são responsáveis por desenhar políticas públicas. No entanto, os autores citados parecem concordar em que um traço definidor característico é a presença do aparelho público-estatal na elaboração, no acompanhamento e na avaliação das políticas, assegurando seu caráter público, mesmo que em sua realização ocorram algumas parcerias. Embora a burocracia estatal possa ser considerada como protagonista de todo o processo de construção e execução, outros atores sociais têm participação significativa na concepção e monitoramento dessas ações.

Ainda para Souza (2006), as políticas públicas repercutem nas relações entre Estado, política, economia e sociedade. Dessa forma, a autora resume a definição de política pública 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 das ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas é, portanto, o estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Para Rua (1998), a política pública de uma maneira geral pode ser definida como o conjunto de intervenções e ações do Estado orientadas para a geração de impactos nas relações sociais. Mas essa conceituação e abrangência podem variar de acordo com o momento histórico. Por vezes, a política pública é vista como a forma de solucionar problemas sociais, outras vezes como um embate em torno de ideias e interesses ou ainda como resultado da dinâmica do jogo do poder.

Autores como Rua (1998) e Souza (2006) concordam que, tendo em vista o dever do Poder Público de planejar e implementar ações de maneira que permita criar condições estruturais de desenvolvimento socioeconômico, a política pública está voltada para a garantia dos direitos sociais. No entanto, para Acurcio, Santos e Ferreira (1998) existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais, os da saúde, por exemplo, e a capacidade do Estado de enfrentá-los. Cabe então perguntar como o Estado atribui maior ou menor importância ao problema, ou seja, como o Estado prioriza os problemas a serem enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período.

É no momento da formulação e também da implementação que entram em cena as complexas organizações públicas e seus diversos *designs* institucionais, como pontos centrais do processo político e produto da atividade governamental. Para essa compreensão, toma-se por empréstimo a formulação de Mintzberg (1989 e 1995), citado por Dussault (1992) e Lima (2009) respectivamente, que incorpora a essa concepção o processo de planejamento e gestão, como subsídio para se conhecerem aspectos das organizações e o processo de decisão política.

Ainda de acordo com Lima (2009), Mintzberg descreve uma organização como constituída de operadores que produzem bens ou serviços, de um determinado modo de decisão, de gerentes, de especialistas, técnicos ou analistas que planejam o trabalho dos operadores. Os membros de uma organização formam uma “coligação interna”, que disputa distribuição de poder e recursos, e uma “coligação externa” entre os grupos que tentam influenciá-la.

Nas organizações de saúde, às quais Mintzberg chama de Organizações Profissionais, o trabalho de produção exige qualificação de alto nível, um dos motivos pelos quais elas não se prestam bem à normalização. As organizações de serviço público de saúde fazem parte dessa classificação e dependem, em maior grau do que as demais, do ambiente sociopolítico (LIMA, 2009).

Com a expansão da democracia e as profundas mudanças no papel e responsabilidades do Estado, antes muito centrado, as políticas de saúde passaram a fazer parte das funções de todas as esferas de governo. A partir da Constituição de 1988, ficou definido claramente o papel do Estado na garantia dos direitos inalienáveis de promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão, e esse protagonismo passou a ser exercido no âmbito do SUS. Para Dallari (1995), a aplicação desses direitos passou pela concretização do setor saúde como a realização da função social do Estado e ainda pela imediata exigência em todos os níveis dos direitos sociais.

Nesse sentido, já que o próprio campo da saúde coletiva se encontra organicamente articulado no espaço político da formação social, cabe lembrar Paim e Almeida Filho (2000, p. 9), quando afirmam que política não é a arte do possível, mas, sim, “[...] a arte de construir a força social e política capaz de mudar a realidade, tornando futuro o que hoje parece impossível”.

A atual crise do Estado Brasileiro, com urgente necessidade de reformas, e a crise do setor saúde, com o esgotamento dos paradigmas em uso e a construção de novos referenciais, tanto da concepção teórica do setor quanto dos aspectos gerenciais, exigem uma reformulação radical no “modo de fazer saúde”, que contemple a contemporaneidade dos modos de produção, dos estilos de vida e dos processos gerenciais e governamentais em pauta no País (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Essa crise, portanto, exige tanto a discussão de temáticas referentes ao desenvolvimento teórico-conceitual quanto a revisão

das práticas atuais ou as que possam ser identificadas com os novos conceitos de saúde que se admitem no contexto que se desenha na Saúde Pública.

As propostas de mudanças tanto conceituais quanto estruturais têm esbarrado em obstáculos das culturas institucionais, na oposição de setores da própria área da saúde, no financiamento ineficaz e, principalmente, na debilidade dos consensos políticos para promover mudanças profundas e desestabilizar o *status quo*. Para Rivera (2003), a solução não passa pela elaboração de grandes planos, mas, pelo menos, pela incorporação de raciocínio estratégico nas instituições, que passe a fazer parte do cotidiano da tomada de decisões. Nesse sentido, o sucesso de projetos com a missão de operar mudanças reside na capacidade de seus atores em relação aos processos de gestão e execução.

Cabe indagar de que forma podem então os gestores articular suas políticas públicas setoriais de maneira a integrar os programas existentes no interior ou fora das instituições, no seu modo atual de operar. Não há razão para se fragmentar uma prática institucional a ponto de, dentro de um mesmo território de saúde,<sup>1</sup> um indivíduo ter que recorrer a várias instâncias do setor para ter garantido o acesso a todos os serviços de que necessita.

## **2.2 Regionalização e municipalização da gestão da saúde**

Somente a partir das mudanças de 1930 é que o Estado Brasileiro começou a se fazer presente, intervindo em vários setores das atividades produtivas com a criação de autarquias, sociedades de economia mista e até mesmo com o aumento do número de órgãos da administração direta, centralizados (PRATES, 2007). É o período de criação do chamado Estado Moderno, intervencionista e social.

Ainda nesse período foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), regido por normas da burocracia, numa tentativa de implantação de uma administração pública no molde weberiano<sup>2</sup>. Para Prates (2007), se por um lado esse

---

<sup>1</sup> Território é definido, na Estratégia Saúde da Família, como um espaço geopolítico restrito para o qual estão delimitadas as políticas e ações de cada equipe (BRASIL, 1999) Ou, ainda segundo Mendes (1996), é o espaço para organizar serviços que atuem sobre problemas concretos, de gente concreta, num espaço concreto.

<sup>2</sup> Com base nos conceitos weberianos de racionalidade e de racionalização, como forma de compreender o momento da passagem do capitalismo tradicional para o contemporâneo. O que rege o trabalho são as racionalizações e não a supremacia dos princípios racionais (THIRY-CHERQUES, 2009).

instrumento era a modernização do modelo de administração, por outro se transformou, em pouco tempo, num gigantesco obstáculo. Demonstrou ineficiência para gerir diferentes instituições públicas espalhadas pelas diferentes regiões do País, impedidas de qualquer adaptação.

Na Constituição de 1988 destacam-se as mudanças nas relações entre as esferas de poder, dando mais vigor ao federalismo com suas especificidades e implicações no processo de descentralização em saúde no Brasil. Machado, Lima e Baptista (2007), ao citarem a variedade de abordagens teóricas e conceitos sobre o federalismo, definem-no como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado, propiciando a construção de um Estado Nacional em contextos marcados por grande heterogeneidade territorial e diversidade de interesses e autonomia local.

Portanto, um país federativo tem necessariamente uma estrutura de descentralização, e os entes federados que o compõem têm um poder devidamente estabelecido constitucionalmente, sem necessidade de transferência de qualquer poder por parte da esfera central. Essa estrutura, por sua vez, confere autonomia às esferas de poder, com uma ideia de igualdade, integridade e cooperação entre elas.

No caso do Brasil, Kinzo (1999) considera que, na Constituição de 1988, as mudanças nas relações entre as unidades federativas não foram acompanhadas de uma definição de atribuições e por isso não há uma clareza da responsabilidade de cada esfera em algumas áreas, observando-se ainda distorções nos repasses de recursos. Isso fica claro no setor saúde, onde os poderes constitucionais do executivo federal são extensos, razão pela qual o SUS preconiza a regionalização, a descentralização e a autonomia municipal (ABRUCIO, 1994; KINZO, 1999).

Diz a Constituição Federal, Art. 198:

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: – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; [...] (BRASIL, 1998, p. 133).

Assim, passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, na qual se destacam o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos de gestão compartilhada do SUS (KINZO, 1999). A descentralização tem um conceito abrangente, que envolve várias dimensões, seja política, em relação à autonomia de formular e efetuar escolhas; seja financeira, em relação à alocação e aplicação de recursos; seja administrativa, em relação à adoção de princípios e diretrizes para a organização da máquina administrativa (ELIAS et al, 2001).

Num país com tamanha diversidade cultural e desigualdade econômica ou social, o sistema é único na natureza doutrinária, englobando a universalidade, a equidade e a integralidade. Porém esse conceito de unicidade não significa que deva funcionar numa única forma de organização em todo o território nacional.

A regionalização é um conceito estruturante do SUS que orienta a descentralização e os processos de negociação entre os gestores. A partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas e, em seguida, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde representaram instrumentos de estímulo à conformação dos sistemas regionais de saúde, com base na integralização dos serviços. Para propiciar o planejamento sistêmico do espaço regional foi criado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Colegiado Gestor Regional (CGR), nos quais podem ser debatidas e deliberadas questões que envolvam toda a realidade sanitária, levando-se em conta a especificidade de cada região, com maior abrangência de ações, para além da assistência (BRASIL, 1999).

Nesses moldes foram construídos os Pactos de Indicadores na área da saúde, inicialmente referentes à Atenção Básica e a outros pontos da assistência. Em seguida, foram unificados no Pacto pela Saúde. O objetivo deste Pacto é qualificar a gestão pública do SUS para maior efetividade, eficiência e qualidade. Isso implica mudança na descentralização, na regionalização, nos mecanismos de gestão regional e no financiamento do SUS.

Contudo, na implementação desse Pacto foi necessária a observação de alguns princípios. Inicialmente, pelo fortalecimento da responsabilidade dos gestores de não transferir para outras esferas a execução de ações que possam ser resolvidas em seu âmbito; em seguida, pela criação de mecanismos institucionais que promovam a articulação das ações e serviços de natureza regional, inclusive cofinanciamento, e pelo fortalecimento da coesão

regional; finalmente, pela importância dos aspectos da territorialização, levando em consideração as peculiaridades locais e das regiões de saúde (CARVALHO, 2005).

No entanto, a diversidade das regiões, mesmo dentro de cada esfera estadual, dificulta todo esse processo. O Ministério da Saúde (MS) criou, assim, o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) como um novo modelo de relação interfederativa, visando garantir a segurança administrativa, a transparência e a publicidade das articulações e pactuações entre os entes federados (BRASIL, 2011). Trata-se de um instrumento da gestão compartilhada com a função de definir, entre os entes federativos, as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, indicadores e metas, todos claramente explicitados, com prazos estabelecidos.

No estado do Espírito Santo, com 78 municípios, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA-ES) assumiu a condução do processo de viabilização desse contrato por meio de um acordo político firmado entre os atores envolvidos: a própria SESA-ES, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-ES) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP-MS). Uma importante tarefa desses atores foi a articulação com os gestores municipais e a sensibilização dos prefeitos por meio da Associação dos Municípios do Espírito Santo (AMUNES) (ESPÍRITO SANTO, 2013b).

O Estado do Espírito Santo é considerado pioneiro com a Lei 4.317, de janeiro de 1990 que trata da Regionalização em Saúde e é anterior à Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, mas contava com diversos problemas de ordem política na efetivação. No entanto, em que pesem as formulações dos trabalhadores e de alguns secretários municipais, a instituição de comissões inter-regionais de organização de serviços e racionalização de escopo e de escala, essa atividade enfrentou barreiras para sua efetivação, principalmente na articulação de ações de Vigilância entre municípios de uma mesma microrregião de saúde.

Nesse sentido, no documento de oficialização do COAP aparecem estratégias de garantias políticas que pretendem propiciar o enfrentamento das barreiras políticas, cuja eficácia ainda não é possível verificar, em função do andamento do processo de viabilização.

Outra estratégia importante no processo de regionalização é o Consórcio Intermunicipal de Saúde, que é uma alternativa proposta pela Norma Operacional Básica (NOB 01/96), como forma de articulação e mobilização dos municípios, respeitando as características geográficas, epidemiológicas e o desenho de oferta de serviços. Uma vantagem apontada para esta alternativa é a coordenação estadual. Um entrave talvez seja a dependência exclusiva da vontade política dos gestores municipais, considerando a especificidade do pacto federativo brasileiro (BOTTI et al, 2013).

### **2.3 Intersetorialidade no SUS: conceitos e perspectivas**

No Brasil, a agenda do desenvolvimento contemporâneo enfrenta grandes desafios, principalmente em se tratando da implementação de políticas regionais e territoriais (PAMPLONA, 2012). Passa pela necessidade de um fortalecimento institucional do Estado, principalmente no setor saúde, com suas organizações profissionais num contexto de crescente complexidade. Passa ainda pela necessidade de fortalecimento dos laços entre Estado e sociedade para a incorporação do conceito de intersetorialidade. Para esse autor, este último desafio se refere ao papel do Estado na expansão das capacidades humanas de participação e deliberação para a coprodução de políticas públicas.

No SUS, a intersetorialidade é entendida como uma ferramenta dirigida aos princípios da descentralização, da participação popular e da universalização. É a forma de integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema. Numa ação intersetorial é possível potencializar os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, evitando-se duplicidade de meios para fins idênticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 1992).

Para Buss (1996), a conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde; passa também pela interação das diversas políticas sociais, por meio da intersetorialidade. Se saúde é o resultado de “[...] um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que se combinam de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis” (BUSS, 1996, p. 174), a política de intersetorialidade pode superar a desarticulação de ações desses setores.

Junqueira (2000) vê na concretização da ação intersetorial a incorporação de uma compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada projeto. Esse processo ganha consistência quando os grupos populacionais se distribuem em um território e articulam as suas necessidades, passando a ser sujeito e não objeto da ação. Assim, a intersetorialidade constitui a concepção de uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Ao analisar a intersetorialidade em municípios brasileiros, Andrade (2006) observa que há um consenso no discurso e um dissenso na prática, uma vez que o esforço de se estabelecer um processo de política intersetorial tem, necessariamente, que lidar com a tensão decorrente do modo como se relacionam os atores de diferentes setores, com diferentes visões sobre um mesmo problema. Essa contradição aparece repetidas vezes nas entrevistas para esta pesquisa e estará descrita no Capítulo V. Em que pese o conhecimento dos atores da gestão e a disposição dos trabalhadores para sua execução, as ações intersetoriais não configuram uma política e, até o momento, só acontecem pontualmente.

Presente nos Planos Municipais de Saúde de Vitória e Vila Velha (2010-2013), de Serra (2014-2017) e no Plano Municipal de Saneamento de Cariacica (2013), objetos desta pesquisa, a intersetorialidade é defendida como estratégia de garantia da integralidade das ações nas políticas de saúde. No entanto, essa formalização não assegura sua operacionalização. Ao mesmo tempo, em Relatórios de Gestão referentes aos citados Planos encontram-se justificativas de não efetivação dessa estratégia, por entraves, como a falta de profissionais ou de espaços, e, principalmente, pelo acúmulo da demanda por atendimento médico (atividade fim) nas unidades que tenham a intersetorialidade como proposta. Essa aparente restrição à dimensão operativa da ação intersetorial presente nos documentos está também no discurso dos gestores e conselheiros de saúde entrevistados nesta pesquisa.

Huet-Machado e Porto (2003), ao estudarem a intersetorialidade das ações de saúde, propõem a construção de instâncias estratégicas articuladoras das redes de Vigilância, com participação institucional e popular, que propicie uma flexibilidade e durabilidade

das redes constituídas em torno de problemas concretos de saúde. Entendem que tais fóruns devem acontecer em diversas instâncias articuladoras, como os conselhos estaduais e municipais de saúde, e também nas de meio ambiente e desenvolvimento sustentável.

Um país com o tamanho e a complexidade do Brasil exige mudanças dinâmicas e de várias ordens envolvendo as diferentes perspectivas e espaços de poder de corporações e de instituições. As chamadas redes de ações interinstitucionais exigem, para sua efetivação, a construção de uma nova linguagem integradora entre os campos envolvidos, como forma de mitigar as disputas, que muitas vezes ocorrem entre as esferas de governo (HUET-MACHADO; PORTO, 2003). Um espaço para o fortalecimento desta rede poderia ser criado na própria legislação, aproveitando o destaque da saúde na lei 6.938/81, da Política Nacional de Meio Ambiente.

A intersetorialidade pode ser um instrumento de efetivação desses espaços de organização da sociedade, que permite a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, em consonância com a construção da democracia, da cidadania e da justiça social no País.

### **III PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA**

#### **3.1 Planejamento de Matus e a estratégia prospectiva de Godet**

Nesta seção estão descritas algumas das características gerais do planejamento na esfera pública, nos aspectos que interessam para esta pesquisa. Tanto o planejamento quanto a gestão estratégica são abordados à luz dos trabalhos de Carlos Matus e Michel Godet, com ancoragem nos trabalhos de Rivera e Artmann, que trazem a concepção do planejamento como processo e orientam quanto a atualidade e pertinência de variados enfoques sobre os problemas nas gestões contemporâneas.

A escolha do pensamento de Matus se deve à importância que o autor dá ao tema, explorando as práticas da racionalidade, da democracia e da descentralização na organização pública. Análise Estratégica, para Matus (1996) corresponde a avaliações situacionais distintas e da leitura que os atores fazem da realidade, a partir do papel

particular que desempenham no jogo político, econômico e social. Neste sentido afirma que a análise estratégica se utiliza de sistemas criativos e abertos das visões subjetivas dos atores que propõem a mudar o jogo do qual participam, num sentido oposto à certeza dogmática de planos para o futuro supostamente conhecido. Implica necessariamente em saber delinear um plano frente à incerteza e sob forte dúvida. É o plano como aposta; como uma obra aberta às necessidade de ajuste e alterações. Para Matus (1996), a análise estratégica, parte intrínseca do planejamento (mediação entre conhecimento e ação) pressupõe a articulação entre passado, presente e futuro.

Por outro lado, para Godet (1993), a prospectiva corresponde ao ato de olhar para longe, de ver o que está à frente. Baseando-se inicialmente na matemática em sua primeira geração, a partir dos anos 1980 passou a ser utilizada para a ação estratégica incluindo as técnicas de análise estrutural, matriz de impactos cruzados e análises multicritério e é denominada por Godet e Durance (2011) como segunda geração da prospectiva. A partir da década de 1990 a prospectiva passou a ser utilizada em temas como território, desenvolvimento sustentável, governança, decisão pública e inteligência coletiva, sofrendo influência da ciência política, agora chamada de terceira geração, utilizando métodos que permitem a maior participação da sociedade.

A prospectiva estratégica constitui-se de uma fase exploratória, com a participação de atores expressivos para a situação estudada, que vão identificar os desafios do futuro, utilizando instrumentos que organizam e estruturam a reflexão, como entrevistas ou consultas a especialistas (Godet, 1993). Numa reflexão prospectiva, o processo que a conduz é relevante e fundamental e leva à aprendizagem, contribuindo para decisões no presente.

Para Rivera (2006; Rivera e Artmann, 2012), o método da prospectiva estratégica é a ferramenta que pode contribuir para preencher lacunas metodológicas deixadas pelo Planejamento Estratégico proposto por Carlos Matus. Em Rivera e Artmann (1999), fica clara a importância da aplicação mais sistemática da prospectiva como recurso em processos de construção coletiva de projetos institucionais. Na mesma linha Rivera (2003) propõe uma leitura situacional de Godet e oferece adaptações à cultura das organizações de saúde brasileiras, onde se utiliza da reflexão qualitativa, literária, de

natureza histórica e cultural, julgamento estratégico e até mesmo probabilização matemática dos cenários.

Revisitando alguns conceitos, vale lembrar a afirmativa de Godet (1993) ao discutir prospectiva, de que o sonho fecunda a realidade, o desejo é a força produtiva do futuro e a antecipação ilumina a pré-atividade e a pró-atividade.

Para Rivera (2003) prospectiva é um panorama dos futuros possíveis de um sistema, destinado a iluminar as consequências das estratégias de ação projetadas. E assim, prospectiva e estratégia estão intimamente ligados, sendo possível separar o tempo da antecipação (prospectiva das mudanças possíveis e desejáveis), do tempo da preparação da ação (elaboração e avaliação das opções estratégicas possíveis para a organização se preparar para mudanças esperadas (pré-atividade) e provocar mudanças desejáveis (pró-atividade).

Com este desenho é possível se utilizar o referido método sob a lente da participação da temática ambiental na formulação da política de saúde na esfera municipal. Pode-se aproximar dos aspectos centrais dos cenários situacional e prospectivos já que são um “conjunto formado pela descrição de uma situação futura e do encaminhamento dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem para outra futura” (GODET, 1993-p.70).

Assim, a partir da proposta de Rivera (2003), a utilização de alguns instrumentos presentes na construção destes cenários pode resultar na verificação da potencialidade da gestão em saúde, de forma a se organizar para o futuro. Para Godet (2003), a simples reflexão estratégica pode ajudar a criar referências futuras com os seus cenários e visões, possibilitando aos participantes do processo o descobrimento de novos caminhos e de suas possíveis abrangências interdisciplinares. O simples fato de um grupo de atores em situação, participar da construção dos cenários, pode fortalecer sua capacidade de se preparar para o futuro desejado.

É também por este mesmo caminho, ou seja, pela leitura de Artmann e Rivera, que se recorre à ação comunicativa de Habermas e à sua crítica, onde entra também o diálogo como uma ideia construtora para o futuro.

### **3.2 Planejamento de Matus e a Ação Comunicativa de Habermas**

A teoria social crítica de Habermas (1984, apud RIVERA e ARTMANN, 1999) sustenta que uma das formas de ação social é Ação Comunicativa, onde os atores buscam a harmonização de suas ações para o entendimento mútuo, por meio de discursos de consenso e pretensão de validade. A orientação epistemológica desta modalidade de ação é a relação sujeito-sujeito, considerando sempre a potencialidade de entendimento. O consenso, portanto é um pressuposto para atores que buscam o entendimento.

Para Melo (2005), Habermas sustenta que os atores sociais dispõem do poder de seus argumentos tanto para o entendimento, pelo qual os participantes interpretam consensualmente a situação da ação e realizam seus planos cooperativamente, quanto para a efetivação do plano de cada um destes participantes. Utilizam energias da linguagem como mecanismo coordenador da ação e funcionam como fonte de integração social, orientada ao entendimento no processo da comunicação. Para esta autora, na ideia da ação comunicativa de Habermas os planos dos participantes podem ser harmonizados e integrados pelo acordo alcançado em entendimentos linguísticos.

Neste mesmo sentido Müller e Artmann (2012) esclarecem que os atores sociais devem ser reconhecidos como sujeitos com valores, direitos e capacidades para agir comunicativamente, sem atribuição de exclusividade à competência técnica de gestores e planejadores. A pretensão de validade, as crenças, normas e valores de todos os participantes do debate público deve ser questionada continuamente.

Da mesma forma, para Matus (1993), ator social é capaz de produzir fatos com potencialidade de viabilizar seus projetos. Pode ser uma pessoa, grupo ou organização que participa de algum “jogo social”, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante e que acumula forças. Ainda segundo Matus (idem), todo ator social (com projeto e capacidade de produzir fatos no jogo) é capaz de fazer pressão para alcançar seus objetivos, podendo acumular força, gerando e mudando estratégias para

converter-se num centro criativo de acumulação de poder. Ou seja, o problema que se enfrenta num dado momento é o resultado do jogo realizado por um conjunto de atores num momento anterior.

Analisando as instituições públicas, Cecílio (1993), Rivera (1995) e Kopf; Hortale (2005) alertam para o fato de que o eixo central da gestão contemporânea está na comunicação como forma de negociar e problematizar coletivamente, além de produzir e acompanhar compromissos linguisticamente mediados. Desta forma, Sistemas de Gestão de Matus e Agir Comunicativo de Habermas poderão ser importantes instrumentos de análise do processo de incorporação de cada uma das temáticas de escolha dos atores envolvidos.

É neste sentido que se acredita que a contribuição da obra de Habermas e a de Matus sejam definitivas na avaliação dos aspectos das políticas públicas em ambientes democráticos (LIMA e RIVERA, 2009), como são os espaços municipais, objetos desta pesquisa. Elas auxiliam numa dimensão mais realista e equilibrada, considerando abordagens na perspectiva social.

Nesta mesma linha Kopf e Hortale (2005) acreditam que no planejamento e gestão das organizações de saúde seja necessário um sistema de alta direcionalidade e governabilidade, e ainda em consonância com os requisitos de uma ação comunicativa, apontam esses elementos nos Sistemas de gestão matusianos. Destacam ainda o alto grau de autonomia de cada nível hierárquico, que facilita a interdisciplinaridade, a diferenciação e a integração dos processos de trabalho. As instâncias de decisão e operação das organizações de saúde, ao incorporarem o referencial teórico - metodológico matusiano, provocam uma integração e comunicação intra e inter unidades e este tipo de ação ainda demanda uma coordenação da ação decidida entre todos (Rivera, 2003; Kopf e Hortale, 2005).

Explicando pelo ponto de vista do planejamento comunicativo, Rivera e Artmann (2010) o apresentam como um contraponto aos enfoques de planejamento estratégico em saúde, tendo por referência a teoria do agir comunicativo Habermas. Assim os autores apontam para uma busca de um planejamento estratégico numa versão mais comunicativa, com o

entendimento e com a legitimidade dos planos. Atribuem à comunicação a função de produzir consenso imprescindível na sustentação de um plano.

Da mesma forma, Lima e Rivera (2009) afirmam que o agir comunicativo distingue-se do agir estratégico no que tange a racionalidade da ação, isto é, uma racionalidade que se manifesta na busca de consenso obtido pela comunicação, o que também propicia uma efetiva coordenação. Mas também afirmam que tal perspectiva não elimina e nem pretende eliminar o conflito. Busca sua solução via uma interação dialógica baseada em argumentos.

Nos serviços de saúde a ação fragmentada poderia ser mais bem trabalhada ao ponto de se alcançar uma forma democrática e integrada, baseada na busca do consenso, como mostram Kopf e Hortale (2005). Estas autoras afirmam ainda que a ação comunicativa pode representar uma estratégia para a transformação das práticas. O sucesso do trabalho nos setores da saúde, particularmente aqueles que dependem de maior integração, como no campo das Vigilâncias, depende da qualidade da coordenação. E neste caso os processos comunicativos podem fazer a diferença.

No entanto, no que diz respeito à influência da cultura das organizações em suas opções estratégicas, autores como Fleury (1995) e Rivera (2003, Cap. 4) reconhecem um padrão cultural tradicional nas organizações de saúde: grande autonomia e atomização profissional, descentralização acentuada de poder, duplo comando (administrativo e profissional). Ao mesmo tempo lembram que em crises paradigmáticas pode ocorrer o surgimento de novas características socioculturais: gestão da concentração tecnológica, necessidade de racionalidade econômica, enfoque de redes, parcerias, maior comunicação entre especialidades, trabalho em equipe, como possibilidade de gestão estratégica.

Esta pesquisa se sustenta na possibilidade de fundamentar a gestão em saúde em um modelo explicativo onde possam ser inseridos os elementos comunicativos no planejamento, a partir dos aportes de Matus e Godet, com a leitura de Habermas oferecida por Rivera e Artmann (1999).

### **3.3 Bases legais do planejamento no SUS**

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 tornou obrigatória a adoção sistemática do planejamento pelos entes federados. O sistema de planejamento do SUS e os seus instrumentos são vertentes fundamentais deste processo. É importante que os gestores compreendam que mais do que entregas pontuais ou mero rito, o processo de planejamento no SUS é uma necessidade premente, pois possibilita melhor alocação de recursos e melhores resultados (BRASIL, 2009). Além disso, este processo contínuo de planejamento é condição essencial para que o sistema seja mais proativo e resolutivo.

Nesse sentido, uma ampla teia de instrumentos de gestão e um sólido arcabouço legal, vêm sendo desenvolvidos de maneira a orientar e embasar a atuação dos gestores de saúde em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS, definidos na Constituição.

Assim o planejamento foi reconhecido como fundamental nas ações e serviços de saúde. As leis orgânicas estabelecem uma série de instrumentos como parte do planejamento da gestão municipal, conforme dispostos a seguir (Quadro 4), de acordo com as exigências da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

#### Quadro 4- Cronograma de elaboração e aprovação dos instrumentos:

INSTRUMENTO*	PERIODICIDADE	ELABORAÇÃO	REVISÃO
Plano de Saúde	Quadrienal	Elaborado no primeiro ano da gestão e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão seguinte.	Anual
Programação Anual de Saúde	Anual	Até dezembro do ano anterior ao ano de execução.	-
Relatório Anual de Gestão	Anual	Envio do RAG do ano anterior ao Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano em curso. Aprovação do Conselho Municipal de Saúde até 31 de maio do ano em curso.	-
Plano Diretor de Regionalização	Quadrienal	Elaborado no primeiro ano da gestão em curso e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão seguinte.	Anual
Plano Plurianual	Quadrienal	Elaborado no primeiro ano da gestão e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão seguinte.	Anual
Lei de Diretrizes Orçamentárias	Anual	O projeto deve ser encaminhado ao Poder Legislativo até 15/04 do ano anterior.	-
Lei Orçamentária Anual	Anual	O projeto deve ser encaminhado ao Poder Legislativo até 31/08 do ano anterior.	-

Fonte: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

\*Todos os instrumentos devem passar pelo Conselho Municipal de Saúde e possuir documento de aprovação. Os prazos de elaboração, encaminhamento e aprovação devem respeitar a legislação vigente.

#### IV A REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA: contextualização

De clima tropical, 46.095 km<sup>2</sup> de extensão e 416 km de litoral, contrastando com o clima temperado e frio da montanha, o estado do Espírito Santo tem 3,4 milhões de habitantes. É a 8.<sup>a</sup> economia mais competitiva do Brasil, segundo o Economist Intelligence Unit, e tem o 7.<sup>o</sup> melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do País, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010). Seu crescimento industrial tem sido líder no cenário brasileiro dos últimos dois anos.

A RMGV, situada entre a costa, os manguezais e montanhas, é formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Vila Velha, Vitória, Serra e Viana, com a peculiaridade de ter a capital, Vitória, com um contingente populacional inferior ao das cidades do entorno metropolitano (Fig. 1).



**Figura 2: Região Metropolitana da Grande Vitória - ES**

Vitória é a primeira cidade brasileira em termos de geração de empregos; está entre as três melhores cidades brasileiras para se trabalhar; é a segunda capital com melhor qualidade de vida e é a primeira cidade no País em agilidade na abertura de empresas (VITÓRIA, acesso 12 dez. 2011). Em 2012 o PIB *per capita* na cidade foi de R\$ 76.722,00 (Setenta e seis mil e setecentos e vinte e dois reais), expressivamente acima da média brasileira de R\$ R\$ 24.065,00 (Vinte e quatro mil e sessenta e cinco reais) e o maior entre as capitais (IBGE, 2012) e também dos demais municípios da RMGV. Outro destaque de Vitória é a extensão da área verde que, somadas as áreas verdes públicas de privadas e os grandes fragmentos florestais - Maciço Central e a Ilha do Lameirão - somam quase 50% da área do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011).

Os quatro maiores municípios dessa Região abrigam quase metade da população do Espírito Santo, ou seja, 47% do total, e 57% da população urbana. Produzem 58% da

riqueza e consomem 55% da energia elétrica produzida no Estado. Suas empresas e instituições geram 63% do emprego formal total do Estado. Os trabalhadores da RMGV representam de 35 a 40% do total da população ocupada e aproximadamente 53% das ocupações não agrícolas. Apropriam-se de 47% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), distribuído aos municípios do Espírito Santo e arrecadam 80% do total de impostos municipais do conjunto dos 78 municípios do Estado (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010a).

Por sua vez, registram 76% dos homicídios ocorridos no Estado. Sua população cresce a taxas elevadas, 3,2% ao ano, em torno de 46 mil novos habitantes a cada ano. Apesar disso, somente três municípios – Vitória, Serra e Vila Velha – dispõem de legislação urbanística para controle do uso e ocupação do solo (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010a).

Como demonstram os estudos sobre Dinâmica Urbana do Instituto Jones dos Santos Neves (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010a), a concentração da população capixaba na microrregião centraliza a tomada de decisões, informações, transações comerciais, financeiras e de prestação de serviços públicos, além de ser o vetor de difusão cultural e tecnológica. Por outro lado, a concentração econômica e populacional tem provocado externalidades negativas relativas a deficiências no sistema de transportes, *deficit* habitacional e degradação da qualidade do ar e das águas. Além disso, a maior geração de lixo (lixo doméstico, entulhos de obras, lixo hospitalar, entre outros) levou à formação dos famosos “lixões” e à falta de espaço para soluções sanitárias em algumas das cidades no entorno da Capital.

Duas das maiores, mais competitivas e rentáveis bases industriais do País situam-se nessa Região: a usina de pelotização de minério de ferro da Companhia Vale, situada em Vitória, e de produção de aço da Companhia Arcelor-Mittal Tubarão, situada na Serra. A Região é também uma importante via de acesso aos mercados internacionais, já que dispõe de um importante complexo portuário.

A dicotomia evidenciada entre o bom desempenho econômico e a situação social ruim se faz visível. Percebe-se que o processo de desenvolvimento econômico tem um traço marcadamente excludente. Excelentes indicadores econômicos ao lado de baixos indicadores de escolaridade, longevidade e acentuada desigualdade social, resultando em

crescentes índices de violência, revelam-se com uma distribuição desigual dos benefícios gerados pelo ciclo de desenvolvimento (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010a).

Como já discutido anteriormente, um país federativo tem necessariamente uma estrutura de descentralização, com formação regional e poderes estabelecidos para uma gestão. Essa estrutura deve garantir um processo de planejamento, organização e execução das funções públicas de interesse comum, que observe os princípios do federalismo e do cooperativismo, da autonomia municipal e da cogestão entre o Poder Público e a sociedade civil na formulação de planos e execução de projetos, obras e serviços para os quais seja necessário o compartilhamento intergovernamental.

A RMGV foi criada pela Lei Complementar (LC) n.º 58, em 21 de fevereiro de 1995, que estabeleceu a base de seu sistema de gestão e tem o objetivo de integrar políticas de interesse comum para promover a cooperação das diferentes esferas de governo e o planejamento integrado no âmbito das funções públicas dessas esferas, esperando com isso contribuir para a redução das desigualdades sociais e econômicas.

Essa Lei, no entanto, não recebeu as devidas regulamentações, e a RMGV, como estrutura de deliberação e ação, nunca aconteceu de fato. Em 17 de janeiro de 2005, foi aprovada a LC n.º 318, que reestruturou a Região, criando o Conselho Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória (COMDEVIT) e autorizando o Poder Executivo a instituir o Fundo Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória (FUMDEVIT). Estas seriam as almejadas instituições formalizadoras e reguladoras da RMGV, que dariam possibilidade de funcionamento real. Somente a partir de 2010 é que se iniciaram algumas deliberações desse Conselho, prioritariamente voltadas à reorganização da malha viária da Região (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010b).

#### **4.1 Cenários futuros para o estado do Espírito Santo**

Em 2006 o governo do Estado em parceria Estado/Sociedade, elaborou o plano estratégico de desenvolvimento por meio da construção dos cenários exploratórios de futuro; o Plano de Desenvolvimento do Espírito Santo ou ES 2025 (ESPÍRITO SANTO, 2006). No referido trabalho a RMGV aparece como capaz de se valer beneficentemente do grande aporte de recursos que recebe pelas atividades relacionadas direta e indiretamente

ao petróleo e gás. Mas está também sob o risco de acirramento da concentração maior da geração de produto e renda e de local para ampliação de bolsões de população próxima ou abaixo da linha de pobreza.

O mapeamento e estudo das principais forças, fenômenos e fatores inerciais que condicionarão o futuro do Espírito Santo nas próximas duas décadas permitiram que fossem levantadas as incertezas quanto à evolução do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2006, p. 188). Em relação à Região Metropolitana, destacam-se:

- Como se darão o crescimento econômico, o perfil da inserção externa e o padrão de inclusão social do Brasil?
- Qual será o modo de inserção regional do Espírito Santo no que se refere à logística?
- Como se dará a qualidade e a robustez das instituições públicas?
- Como evoluirão a disponibilidade e a qualidade dos recursos hídricos?
- Como se processará a distribuição espacial do desenvolvimento?
- Como evoluirão os níveis de pobreza e de desigualdade social?
- Como evoluirão os indicadores de violência e criminalidade?

Os três cenários descritos pelo referido Plano (favoráveis, desfavoráveis ou medianos, do ponto de vista do desenvolvimento econômico) mostram os desafios que se colocam para a gestão estadual. No setor saúde, esse desafio envolve os atores da gestão e dos Conselhos Municipais de Saúde, na busca pela qualidade da promoção da saúde nos diferentes cenários, mais especificamente diante da aposta do SUS de garantia dos recursos para o setor.

Como atualização do Plano para 2025, já está em movimento o Plano Espírito Santo em Ação, que traçará os cenários e as estratégias prospectivas para 2030 (ESPÍRITO SANTO, 2013a). Numa primeira publicação, esse programa aponta como desejos e potencialidades na Região Metropolitana:

- construir coletivamente as estratégias de desenvolvimento da microrregião, envolvendo o Governo do Estado, os municípios e a sociedade civil organizada;
- configurar plataformas logísticas, integrando rodovias, ferrovias, aeroportos e centros de distribuição;

- estimular o desenvolvimento regional sustentável, buscando integração de forma cooperativa no Espírito Santo e competitiva nacional e internacionalmente;
- superar o deságio da mobilidade urbana e das estratégias de ocupação do solo;
- desenvolver nova modelagem institucional da gestão metropolitana.

Não é possível fazer uma análise comparativa entre os dois programas em função da diversidade de metodologia empregada e da temporalidade, mas fica clara a continuidade de demandas descritas na revisita, ancoradas principalmente no fato de que o Estado se está preparando para ingressar em um novo ciclo de desenvolvimento econômico.

Especificamente para a Região Metropolitana repetem-se os desejos de potencialidades para articular a instância regional de governança que possa garantir alinhamento e integração de políticas públicas e mobilização da sociedade, além de fortalecer municípios como atores-chave no desenvolvimento de ações de prevenção da violência e da criminalidade. Da mesma forma que a violência e a criminalidade, a poluição do ar, o dilema da destinação final dos resíduos sólidos, o aumento de população na região de manguezal na RMGV continuam sendo um desafio para o futuro e exigem uma reconstituição do espaço público e maior capacidade institucional, melhoria da gestão pública e da responsabilização.

## **V UNIDADES DE ANÁLISE DOS DISCURSOS**

### **5.1 Subtema 1 (ST 1): Percepção sobre os agravos importantes e com grande carga ambiental**

**Categoria 5.1.1: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado de desequilíbrio ambiental, provocado pelo crescimento desordenado das cidades (população, veículos e atividades industriais), sem planejamento urbano, saneamento e gerenciamento de resíduos.**

#### DISCURSO 5.1.1:

*Muitos problemas de saúde vêm das questões relacionadas ao desequilíbrio ambiental, principalmente dengue. Acredito que ele impacte um pedaço muito grande das doenças infecto contagiosas, mais que as doenças respiratórias. O pior é que ainda não temos muito controle sobre o vetor. O crescimento da cidade, a poluição do ar vem gerando as doenças respiratórias - Fumaça de carro, indústrias e especificamente na cidade. Não tenho dúvida de que se trata da poluição do ar, que não é só do pó de minério, são dos carros e também das indústrias. Sem planejamento urbano tem ocupação desordenada do solo, aglomerados de pessoas. A própria dengue vem disso.*

#### **Categoria 5.1.2: Dengue, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares com importante “carga” na agenda do gestor dos municípios da Região Metropolitana Grande Vitória**

#### DISCURSO 5.1.2:

*Se eu não falar da dengue estarei omitindo grande parte da minha agenda. É um grande tempo pra dengue, entre as doenças que ocorrem no município, mais até que as doenças respiratórias. Temos que cuidar da Vigilância, da atenção (atendimento) nas Unidades, dos exames de laboratório, sem falar na quantidade de formas graves que tem aparecido e se não ficarmos atentos, a mortalidade pode aumentar. O pior é que ainda não temos muito controle sobre o vetor. Também as doenças respiratórias são muito importantes pra nós. Elas estão nas Unidades Básicas, no PS, nos hospitais. Corremos atrás do prejuízo o tempo todo. Além de termos o monitoramento da qualidade do ar, estamos fazendo pesquisas para tentar esclarecer o nexo causal e especificar a relação entre nossas doenças e os tipos de poluição a que estamos sujeitos. Em algumas épocas do ano há um agravamento e isto nos preocupa muito. Sempre foi um problema em toda a RMGV. Ainda tem as cardiovasculares, que são as de maior incidência mas que tem muitas outras causas além da carga ambiental.*

#### **Categoria 5.1.3: Dificuldade de nexos entre agravos por causas externas e meio ambiente, na prática**

### DISCURSO 5.1.3:

*Ainda fazemos pouca relação entre as causas externas e o meio ambiente. Não que a gente não saiba disso ou pelo menos concorde com o que este trabalho diz (OMS-Corvalán e Prüst), mas em nosso trabalho isto não é levado em conta. Violência, no trânsito e nas comunidades, é o que a gente vê. O abuso do álcool e outras drogas – o crack, mesmo – são vinculados ao ambiente onde as pessoas vivem, né? Já temos Programas do Ministério mas não temos grandes avanços. Além da dengue e de outras doenças que vem à cabeça quando falamos de meio ambiente, tem também os desastres naturais, que deixam outras consequências. Estes nexos são mais fáceis e a Vigilância Ambiental já tem ações (exemplo do Plano de Gestão de Desastres). Ainda temos muito o que aprender dessas relações e do controle desses problemas. Se você não traz este assunto aqui, talvez nem entrasse dessa forma na Conferência de Saúde que teremos em breve.*

### **Categoria 5.1.4: As cidades têm empreendimentos maiores do que conseguem absorver; geram problemas ambientais e sociais, com consequência na Saúde**

#### DISCURSO 5.1.4:

**A:** *Numa região como a Metropolitana Grande Vitória os empreendimentos estão maiores do que as cidades podem absorver. O tempo todo temos os problemas das licenças ambientais para funcionamento de novas empresas como os problemas ambientais que podem acarretar e que temos de cobrar os processos de mitigação. Temos uma grande luta no Plano Diretor Urbano (PDU), interesses de todos os lados. Algumas prefeituras não resistem aos grandes empreendimentos. Os problemas em nossos municípios não são tão diferentes assim; podem ter destaques diferentes, mas acontecem em todos. Esta região é pequena e muito “ligada” geograficamente.*

**B:** *O fato é que temos que reconhecer que o problema ambiental gera vários problemas sociais: invasão de mangue, mais doenças, desequilíbrio ambiental, novas doenças. Tanto que para o setor do Meio Ambiente, os indicadores de planejamento usados, são os da situação de saúde de sua população. O setor saúde acaba por cuidar das consequências que muitas vezes geram doenças. Isso é consequência do mal planejamento e de ações erradas de outros setores.*

**Categoria 5.1.5: Aliados a esta situação está o aumento do uso de drogas, especialmente o crack, da violência em geral, especialmente com os homicídios, e no trânsito, gerando problemas de saúde. Sem falar na dengue que já é um problema antigo e no aumento de doenças cardiovasculares.**

DISCURSO 5.1.5:

O problema do acidente de trânsito já se localiza aí. Tem também à falta do saneamento básico, mais especificamente problemas com o lixo. Assim aparece a diarreia, que depende da vigilância da qualidade da água. E doenças cardiovasculares são muito pesadas aqui na gestão. Mas a questão é que os determinantes são de toda ordem. Tem grande carga ambiental e pesa na agenda. O fato é que temos que reconhecer que o problema ambiental gera vários problemas sociais: desequilíbrio ambiental = novas doenças.

**5.2 Subtema 2 (ST 2): Percepção sobre a intersetorialidade das ações de saúde sobre agravos relacionados ao meio ambiente – se ocorre, importância e exemplos de ações**

**Categoria 5.2.1: A ideia central é que a intersetorialidade é importante, dentro e fora da saúde, dentro e fora da esfera municipal, para planejamento e execução das ações sobre agravos relacionados ao meio ambiente. Pode acontecer via Gabinete do prefeito, mas também por iniciativa da Secretaria de Saúde e deve se configurar como política. Deveriam ser mais discutidas no Conselho Municipal de Saúde e outras Secretarias. O foco atual deve ser droga, violência geral, no trânsito e contra mulheres e não ficar restrito ao combate à dengue.**

DISCURSO 5.2.1:

*Entendo que a intersetorialidade deve acontecer dentro da esfera da saúde, mas principalmente fora. Ela é importante pra todos os setores. Estas ações tem sido um projeto de Gabinete de Prefeito e não uma iniciativa da Semus (Secretaria Municipal de Saúde). Isto porque a Prefeitura não adotou como uma política. Não temos mesmo uma cultura de intersetorialidade. Mas é possível intersetorialidade via Secretaria de Saúde. Veja no caso da Dengue: a parceria com as Escolas sejam municipais, estaduais e até*

*privadas, e ainda com a Secretaria de serviços e obras, é fundamental pra o trabalho dar certo. E temos conseguido por boa vontade dos técnicos. Deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde. É uma pequena demanda deste tipo de discussão aqui no Conselho. Temos também exemplos de parcerias possíveis fora da esfera municipal e da Estadual: o trabalho sobre os acidentes de trânsito, que envolve o Detran - ES (Departamento de Trânsito – ES) é uma iniciativa da OMS, que chega via Ministério da Saúde. O foco atual deve ser droga, violência geral, no trânsito e contra mulheres e não ficarem restritas ao combate à dengue.*

### **Categoria 5.2.2: Não temos uma gestão metropolitana de fato, só de direito**

#### **DISCURSO 5.2.2:**

*Nossos municípios estão localizados em uma região metropolitana que existe de direito mas não existe de fato. Isto traz muitas complicações, principalmente para uma capital. Temos as responsabilidades de cada município, mas acabam chegando demandas dos outros também. Não temos como negar mas também não temos uma organização, nem os subsídios comuns e mais baratos que ela poderia gerar. Às vezes pensamos que temos duplos gastos com a mesma tarefa, sabe? A Regionalização do Ministério da Saúde só vale para os pactos de indicadores e para a definição do que vem de lá. Quando chega aqui não temos a mesma organização. A gente acha que a Regionalização da Região Metropolitana é urgente, mas todo governador que entra promete e não sai. Não sabemos o que impede isso. Os municípios têm capacidades diferentes (técnicas e financeiras) e por isso assumem diferentes competências. Mesmo na Região Metropolitana tem municípios que ficam dependentes do Governo Federal (em ações mais complexas) e por isso não se preocupam muito em integrar aos outros da mesma região. Dizem que não podem assumir certas competências e pronto.*

### **Categoria 5.2.3: Intersetorialidade induzida pelo Ministério Público e outras instituições**

#### **DISCURSO 5.2.3:**

*Outra área importante para a intersectorialidade é o Ministério Público - MP. Ele tem cutucado os municípios em relação a alguns problemas como os do resíduo. Neste caso, com o MP à frente, todos os municípios da RMGV vão ter que entrar na ação de*

*gerenciamento dos resíduos. De mesma forma temos os programas estimulados pelo MS. Mas ao colocarmos em prática aqui, só acontece o que já tiver sido definido naquele programa.*

#### **Categoria 5.2.4: A intersectorialidade já é uma realidade em questões pontuais**

##### **DISCURSO 5.2.4:**

*Alguns exemplos de intersectorialidade podem ser no monitoramento da água para balneabilidade: neste caso temos até envolvimento da sociedade e comissão integrada por várias secretarias. Agora o sistema ocorre tranquilamente. Entram várias instituições, de vários municípios e do Estado também. O Programa de qualidade do ar é outro exemplo, embora ainda continue muito sério o problema das doenças respiratórias. Temos também o núcleo intersectorial que monitora as causas externas já até temos algumas ações pontuais em função destes resultados. Mas não temos uma política. Com relação aos desastres naturais já fizemos treinamentos, também numa ação intersectorial. Temos intersectorialidade na Dengue. Neste caso é só chamar. E até já temos algumas ações definidas que nem precisam ser convocadas. O programa da dengue já pressupõe isto e tem funcionado. Só falta integrar melhor a sociedade, né? Antes disso cada avanço em um município podia ser desfeito com os problemas do outro. É muito o que se conseguiu na dengue e que não se consegue com outros agravos.*

#### **5.3 Subtema 3 (ST 3): Percepção sobre ações atuais para os problemas citados, necessidades, potencialidades e desafios para o futuro**

**Categoria 5.3.1: Para os gestores os municípios estão se preparando para ações da Atenção Primária à Saúde - APS, tem condições de atuar em boa parte das ações e deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência de Municipal de Saúde (recente) para orientar seu trabalho. O momento é de foco sobre a violência e outros agravos oriundos dos problemas ambientais, atuando também em setores da educação, em parceria com o Estado. Mas tem o gargalo da média complexidade e podem ter problemas na implantação, por restrições financeiras.**

#### DISCURSO 5.3.1:

*Temos condições de fazer boa parte das ações e estamos nos preparando principalmente no que é nossa obrigação na Atenção Básica. Devemos trazer também as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência Municipal de Saúde para orientar nossos trabalhos. Acho que são (serão) todas da Atenção primária, mas devem ser focadas nos problemas do saneamento, das drogas e violência. Temos que tentar fazer entrar tudo isso no aprendizado da vida das pessoas. Educação de verdade. Eu acho que tem algumas coisas desta educação que é o SUS que tem que fazer. Mas o gargalo está na média complexidade. As secretarias são muito cobradas com relação aos atendimentos e com isso ficamos devendo na prevenção. Uma coisa é a capacidade técnica, outra coisa é a capacidade política e isto interfere também no apoio do Estado. E ainda temos a previsão de restrições financeiras mais sérias no próximo ano por causa da surpresa dos Royalties (nova forma de distribuição).*

#### **Categoria 5.3.2: A saúde se ocupa mais com a assistência do que com a prevenção destes problemas**

#### DISCURSO 5.3.2:

*Sabemos que a cultura da medicalização é um problema do país. Mesmo com todos os esforços que temos feito, de qualidade na Atenção Primária, de incentivos às Vigilâncias, com ajuda do Estado e do Governo Federal, mesmo assim ficamos correndo tentando dar conta de uma demanda reprimida de consultas e exames, imensa. Só muito recentemente temos discutido o trânsito e outras formas de violência aqui na Secretaria. É verdade: são problemas de saúde com grande carga ambiental. Vou confessar que ainda estamos só tateando estes problemas.*

#### **Categoria 5.3.3: Participação (no Conselho Municipal de Saúde - CMS) “contaminada” e tem necessidade de melhorar a representatividade**

#### DISCURSO 5.3.3:

*Há uma contaminação na participação popular, o que enfraquece o compromisso. Temos tentado estar bem perto dos problemas. As secretarias são orientadas pelo Conselho Nacional*

*de Saúde (CNS), a formarem as câmaras técnicas nos conselhos, nas Unidades tem os conselhos locais e até nos hospitais temos instâncias de participação. Isso todos podemos afirmar. Mas será que sabemos representar nossos segmentos? Pelo menos nossos segmentos, porque tem gente do próprio poder público que só participa por obrigação. Nunca tivemos discussão sobre as necessidades de organização de ações sobre estas doenças que você vem falando. Discutimos mesmo é assistência.*

#### **Categoria 5.3.4: O crescimento (e adensamento populacional) das cidades é desordenado**

##### **DISCURSO 5.3.4:**

*Vem a ideia do desenvolvimento econômico e vêm as pessoas antes das cidades se prepararem pra recebê-las. A ocupação desordenada é um grande problema pra nós. Atinge a saúde diretamente. E indiretamente, né? Chegam nas áreas vulneráveis - como mangue, criam problemas de falta de peixe, por exemplo. E boa parte das pessoas aqui vive disso. São problemas ambientais mas que são econômicos e de saúde também. Aí vem os desastres naturais, a falta de serviços básicos. Se nada mudar as cidades podem ficar inviáveis. Mas se o dinheiro está aqui, temos que fazer algo é aqui. O pior é quando o empreendimento é da prefeitura. Já vi construções de casinhas da prefeitura que vão ter problemas em breve, pela falta de saneamento, por exemplo. É um crescimento desordenado e que tem a culpa é própria prefeitura, na ânsia de resolver aquela situação urgente (ocupação desordenada pela própria prefeitura).*

#### **Categoria 5.3.5: A presença de instituições sociais e de Saúde interfere na vida da comunidade**

##### **DISCURSO 5.3.5:**

*Sei que a presença de qualquer equipamento social, principalmente os de saúde, interfere na situação de uma comunidade. Interfere de várias formas. Na satisfação da pessoa morar ali, na dignidade, até na situação de segurança de um lugar. Já tivemos casos aqui de violência na própria Unidade, de agressão aos profissionais, mas não é o mais comum. Mais comum são as pessoas se juntarem aos profissionais. E no final muda a situação do lugar. Só isso já é suficiente pra fazer boa parte do que temos que fazer na saúde. Esta*

*resposta nós podemos dar. Tem lugar que fica satisfeito com isso mas tem lugar que não. Precisam de mais coisas, é verdade. Penso que sabermos o que temos que fazer, mas ficamos sobrecarregados demais.*

#### **Categoria 5.3.6: Falta uma política de formação e Educação Permanente para os técnicos das Vigilâncias**

##### **DISCURSO 5.3.6:**

*O pior é que a cada dia surgem problemas novos e temos que conseguir capacitação nova para nossos técnicos. Tem algumas áreas da fiscalização, por exemplo, que não fazemos porque não temos pessoas especializadas naquele assunto, nas nossas secretarias. Já vi mais investimentos em estudos nas empresas do que aqui nós conseguimos fazer. Mas se temos profissionais, podemos fazer. Na questão da água, por exemplo, temos grande capacidade, temos os equipamentos, temos técnicos treinados, temos programa de controle da qualidade. Este é um trabalho puxado pela saúde ambiental e que todos os municípios tem condições de fazer.*

#### **5.4 Subtema 4 (ST 4): percepção dos atores municipais sobre o envolvimento dos municípios com o planejamento das ações do Estado sobre problemas de saúde relacionados com o meio ambiente**

##### **Categoria 5.4.1: A participação dos municípios foi pouco expressiva no documento dos Cenários (ES, 2025), sem retorno nos espaços representativos da gestão.**

##### **DISCURSO 5.4.1:**

*A política de desenvolvimento do Estado não vê o setor da saúde nem o do meio ambiente. Nada do Plano ES 2025 chegou, institucionalmente até nós. No CMS nunca chegou nada disso. Eu já vi isso em jornal, ES 2025, mas pra dizer a verdade nem vi com esta importância toda. Essa mortalidade infantil é possível? Eu não sei não ... Será como o Estado pretende chegar a um cenário tão bacana sem a participação dos municípios? - Nem na CIB, nem no Cosems estamos sabendo disso. Sabemos até que tem a Agenda ES, mas não sabíamos que se*

*tratava de um plano. A participação dos municípios foi pouco expressiva na tal construção dos cenários. Mas estas ações têm que ser pensadas em longo prazo e por aqui, que eu saiba, estamos pensando pra ontem, puxa!*

**Categoria 5.4.2: A saúde não conhece o setor de planejamento do seu próprio município e os setores não conversam com outros para a articulação de projetos**

**DISCURSO 5.4.2:**

*Os setores responsáveis pelo planejamento (mais propriamente o econômico e urbano) não conversam com os outros setores no momento de negociarem os grandes projetos. Então nós precisamos estar sempre presentes nos momentos de negociações dos grandes empreendimentos. A gente reconhece que temos que priorizar a defesa da qualidade do meio ambiente em todos os seus fatores, mas é difícil, às vezes. Fico procurando exemplos de modelos de gestão com mais compromisso. O que acontece muitas vezes é que, o compromisso de atender bem, oferecer a prevenção e bons tratamentos, é da saúde, mas quem planeja são outros setores e também o Estado. Penso que o planejamento deveria partir daqui, ou pelo menos com uma participação mais efetiva da saúde pra dizer se “tem pernas” ou não para os problemas que serão gerados no futuro.*

**Categoria 5.4.3: A gestão é dependente do envolvimento de outras instituições , além do Estado e do Governo Federal e de Termos de Ajustes de Conta e outros instrumentos**

**DISCURSO 5.4.3:**

*E quando isto entra pra área do meio ambiente é complicado porque um município não tem como se organizar sozinho. Um empreendimento grande, que gera recursos a todo o país, esperamos ajuda do nível federal. Tanto para equipamentos quanto para formação técnica. Agora já damos conta de participar das exigências do passivo ambiental, solicitando atitudes de prevenção de doenças, por exemplo. Quando organizamos Termos de Ajustes de Conduta, seja com o Ministério da Saúde, como o Ministério Público ou mesmo com a Sociedade, aí a gente trabalha melhor. Temos metas definidas, definição de responsabilidades, somos mais capazes de olhar a região com os olhares de todas as secretarias. Um exemplo disso é o gerenciamento do resíduo. Se não temos este*

*compromisso no Termo de Ajuste de Conduta (TAC), dificilmente participaria desta etapa do planejamento. Geralmente o que acontece é que os problemas das Unidades são incorporados por todos (Gestores e conselheiros) na hora de pensar na gestão. Mas algumas instituições trazem parcerias, outras trazem mais problemas. Só que a gestão precisa de todos envolvidos.*

#### **Categoria 5.4.4: Presença mais efetiva do Estado, na Regionalização, que resolveria muitos problemas de grande carga ambiental**

##### **DISCURSO 5.4.4:**

*Se tivéssemos uma organização regional que desse este suporte dos exames e tratamentos de média complexidade nós não teríamos tantos problemas aqui. Mas o que acontece é que os municípios que tem mais condições fazem muito o papel do Estado. E isso sobrecarrega as Unidades e o problema volta pra o município. Se a Regionalização funcionasse de verdade, com a presença mais efetiva do Estado, resolveria muitos daqueles problemas que falamos, de grande carga ambiental. São problemas, na maioria, que não temos tanta competência técnica em todos os municípios. E mesmo se tivéssemos, esses problemas ultrapassam as divisões geográficas. Não é possível decidir aqui o que interfere em outros municípios, mesmo que o problema tenha origem aqui. A capital tem até recursos técnicos pra isso, mas nem todos os municípios conseguem. Nós temos trabalhado na negociação com as empresas que são as fontes de maior poluição por aqui e temos conseguido avanços no controle. Mas não temos condições de verificar diretamente a repercussão disso na saúde.*

#### **Questões a acrescentadas ou destacadas livremente**

**As cidades estão despreparadas para o ritmo de crescimento atual. As ações mais importantes devem ser sobre as doenças respiratórias, de combate à violência, as drogas. Mas ainda não temos a informação precisa sobre estas questões. Temos um avanço sobre a dengue, mas ainda temos mais casos do que gostaríamos.**

## DISCURSO

*Quero dizer que a cidade está despreparada para isto tudo que está acontecendo. Acho um absurdo que uma cidade onde estão chegando um monte de empresas novas, emprego, ainda tenha os bolsões de pobreza. Acho que esta cidade tem que se planejar melhor. Então, assim, a violência é o nosso maior problema e como problema ambiental que afeta a saúde, é o nosso nó. É isso! . E tenho certeza de que estamos longe de ter informações precisas - e não é a toa que o primeiro eixo do governo municipal está em cima disso. Mas queria só reforçar o problema das doenças respiratórias e sobre a dengue. Temos um avanço, mas ainda temos mais casos do que gostaríamos.*

## **VI O GRUPO FOCAL - Relatório:**

Reuniram-se para esta etapa do trabalho, a pesquisadora, com o papel de coordenação técnica, uma professora voluntária com o papel de coordenadora de metodologia e os especialistas convidados. Após as apresentações, assinaturas do TCLE e devidos esclarecimentos acerca da pesquisa e do método a coordenadora de metodologia deu início aos trabalhos, empregando técnicas de estímulos ao debate, com perguntas a respeito da motivação de cada um a participar daquele grupo focal. A partir de palavras que apareceram naturalmente no debate (Meio ambiente, Grande Vitória, Saúde, Gestão), seguiu-se um debate de “aquecimento”, que girou em torno de um resgate de como a gestão estadual começou a pensar o meio ambiente:

*Grande Vitória: Posso começar contando uns trechos que li no livro: ES, painel da nossa história. Fim dos anos 60, início dos anos 70, no ES tem um crescimento do cultivo e da indústria do café, ao mesmo tempo em que chegam a Vale e a Cia Tubarão. Até então pouco ou nada se preocupavam com o meio ambiente, não só no ES, mas no Brasil e até no mundo. Aí vem o movimento hippie, alguma produção muito tênue sobre este assunto. Vale apenas resgatar um nome aqui no ES que é o Jaime Larica, a montante dos ventos. Forma a Grande Vitória: o ambiente nada era considerado e, em meio a algumas associações entre os municípios que possam ter sido feitas até hoje, o que prevalece é uma tremenda desassociação.*

*Saúde e Meio Ambiente: Por um lado força-se um pouco demandado pelo pessoal do meio ambiente, pelo planejamento urbano, mas do outro lado a saúde fica com as consequências. Mas nem saúde nem o meio ambiente têm cacife pra tratar desta relação. “Muitas vezes a saúde só mede, avalia...” a tônica é dada pela economia e uma visão de crescimento econômico, o ambiente tenta minorar isso e a saúde corre atrás. A única tentativa que se viu sobre isso foi uma pesquisa do Saldiva, encomendada pela Vale. Mas ela é restrita ao Hospital Infantil.*

*Década de 70, Max Mauro fechou empresas e fez outras barbaridades.*

*A construção da região metropolitana é fruto do desregramento como esta região foi constituída. Lembrando de 2004, recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para construir novo hospital na Serra, o município tinha*

*perto de 100mil habitantes. Hoje o hospital foi inaugurado e o município tem 400mil. Teve todo o problema do adensamento rápido, ocupação desordenada, aumento da violência, então a ocupação urbana é totalmente relacionada com o meio ambiente, mas o fato é que acaba na conta da saúde na ação final que é tratar doentes. Todas estas variáveis vão interferir na gestão, na condução do espaço em que a gente vive.*

*Mas tem experiências mais concretas – em especial a equipe ambiental – vem trazendo um conceito de espaço urbano que é territorial urbano, de gestão integrada, voltada a processos educativos.*

*Ou seja, como trabalhar isto do ponto de vista do desenvolvimento, na promoção humana? A visão deve ser a partir do território, com diferentes políticas dialogando – levando em conta a condição sócio-econômica.*

*O envolvimento da comunidade: desenvolvimento comunitário tendo como agregador a saúde – Na Unidade de Jesus de Nazaré tem um trabalho comunitário chamado pelo equipamento de saúde, que agrega.*

*Mas é absolutamente pontual – os equipamentos e as pessoas desses locais são sub- aproveitados. Eles não assumem a questão ambiental como tarefa deles. Temos os agentes de saúde ambiental, temos o pessoal da dengue, que fazem estas ações, mas não pode ser só na questão da dengue. Particularmente acho que a abrangência de ação dele deveria ser otimizada, com uma visão ambiental muito maior.*

*E voltamos à velha questão da participação popular – a demanda vinda da sociedade não alcança a gestão. Os conselhos não tratam dessa relação tranquilamente. Mas acho que a prática é biologicista mesmo. Sem falar do agente comunitário porque já vi pedidos de controle de lixo, lá no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), onde tem agente comunitário que nunca se ocupou disso.*

Neste ponto a pesquisadora inicia a apresentação dos subtemas específicos, objeto do presente Grupo Focal e que tiveram origem no resultado das entrevistas – categorias que se destacaram nos Discursos dos entrevistados.

Os subtemas são discutidos e o resultado do debate leva à reorganização das categorias, apresentadas a seguir:

## **Categorias**

### **Categoria 6.1 (GF 6.1)**

#### ***Falta uma instância metropolitana (de fato) para planejamento e ações comuns.***

Tem conselho gestor da RMGV instituído e nada leva à ação. Ou seja, existe mas não funciona. Ele se reúne e se desdobra em câmara técnica, mas não sai do lugar. Por barreira política partidária – vontade política dos dirigentes municipais em especial, mas tem também o governador não quer colocar peso e não acredita. Não opera de fato – Uma questão da constituição de regiões como espaço de gestão. Temos fóruns, na discussão, nos projetos, levamos pra outros países até, mas não rola. Já ocorreram muitos debates, mas nada na prática.

O próprio comitê gestor discute mais a consulta do que o conhecimento do território – e este desvio na discussão corrobora a falta de se construir governança neste espaço. Mas na saúde estamos tentando transformar o espaço regional, mas ele não existe enquanto orçamento. Não é possível construir acordo sem uma governança, mas a primeira questão é sobre o dinheiro. Há uma desconfiança. Como afirmou Carmem Unglert em uma palestra: fazem o estilo lagartixa – a cabeça balança que sim, o rabo balança que não. Pode ser que se vá para estes fóruns porque a sociedade está sabendo que está em discussão, não se pode “ficar de fora”. Mas pra colocar em prática primeiro eu tenho que resolver tudo no meu quinhão. Puxa-se uma agenda que não se efetiva. Não é por falta de opções de solução. Até pra questão do dinheiro, os grupos podem se organizar em consórcios, que tem como organizar e gerenciar recursos comuns.

Mas o que se vê é que, na maioria das vezes estes grupos são formados por pessoa de pouco poder, que tem grande talento e conhecimento pra discutir, planejar, mas que tem que retornar com as decisões para o prefeito, que nem sempre corrobora. Melhor seria, mais possivelmente poderia haver efetivação do planejado se estas comissões fossem formadas pelos próprios prefeitos, com capacidade de decidir e colocar em ação. Ainda que seja na instância metropolitana, os grupos são formados por pessoas que tem pouco poder. Precisa além do poder dos prefeitos a participação do Estado.

Neste ponto fica claro que, na esfera estadual, se o governador permite fortalecer instância regional, começa a dividir e, conseqüentemente, a perder poder. A tendência é de o governo do estado virar governo metropolitano. Isto não interessa a nenhum governador.

Se o estado capitanear acontece, mas há uma histórica dissociação entre a própria estrutura da Saúde e a do Meio Ambiente e até outros setores afins. Predomina a dimensão setorial e fragmentada dos dilemas. Ex. a mobilidade é tratada pelo pessoal do transporte, que tem interesse em que os veículos circulem mais. E a poluição? Não é tratada.

É. Aqui tem uma sanfona mesmo. Você agrega aqui, desagrega, e no dia a dia volta tudo e te engole.

### **Categoria 6.2 (GF 6.2)**

*A falta de um planejamento municipal integrado vem causando ocupação desordenada, saneamento precário, problemas de mobilidade, deslizamentos, degradação ambiental e perda da biodiversidade*

Planejamento urbano é de competência exclusiva do município, mas é comum ele ser feito numa “caixinha”, tem um determinado pensamento, profissionais com um determinado perfil. Do outro lado (na Prefeitura de Vitória por exemplo é até no mesmo o prédio) tem o planejamento do meio ambiente, com outro pensamento, outro formato de planejamento e profissionais com outro perfil. O que tramita entre os dois é o papel – um processo, mas eles não dialogam.

Alguns setores até planejam juntos e tem conseguido agir juntos em determinadas situações, mas isto depende muito do modelo de gestão adotado, que por sua vez depende das cabeças presentes naquele momento e a interação (pessoal) entre elas. E não há interação de políticas propriamente.

Não se pode falar de integração nesse caso. Ao contrário, o que se vê o tempo todo é exemplo de desintegração: Os problemas vão ficando mais complexos e vem uma secretaria nova e novos profissionais, cada vez mais especialistas – aí se estrutura um modelão para aquela situação específica. De novo não dá frutos, porque não integrou ideias.

O micro território tem sua força, faz um movimento, consegue mudar algumas coisas. Mas tem situações que necessitam outras participações. Por exemplo: sempre se soube que o esgoto que chegava à praia de Camburi era o esgoto de Vila Velha. Vitória tem seu esgoto tratado e a praia continuava recebendo esgoto. Só funcionou quando a Cesan fez um projeto macro de Estado – o Águas Limpas – que beneficia todos.

E o pacto federativo ... O poder é que define.

Mas é muito importante colocar que alguns pontos podem ser trabalhados na escala local e outros precisam intervenção do Estado. Faltou falar da pressão social nesta área.

Outro detalhe importante é que a percepção ambiental na saúde não existe; quando o assunto é saúde então está falando é de assistência individual, é um posto de saúde estruturado com a presença do médico. E o planejamento é feito sobre este pensamento, este modelo. Por mais que nosso discurso seja diferenciado. Ainda que se faça todo um plano estratégico, o fato é que é difícil romper com o que está consolidado na instituição. Consolidado na cabeça do gestor e da sociedade em geral.

Porque não se rompe? Isto é uma zona de conforto? ...boa pergunta. E prá quem?

Destaca-se que o planejamento urbano tem suas regras. Tem uma política habitacional com definições ponto de vista dos atributos ambientais e da geologia do terreno. É assim que se define a habitação. Mas a convivência no território requer mais do que isso.

### **Categoria 6.3 (GF 6.3)**

*A cidade acolhe empreendimentos que respondem a interesses econômicos e que causam impactos para meio ambiente e saúde.*

Esta é uma grande questão na Região Metropolitana. Pode-se dizer que o Estado do ES está de novo na era do crescimento, mas não sai do interesse econômico. Isto já aconteceu uma vez, foi falado aqui, na época do café, Vale e Tubarão. É aquela velha questão: o que é desenvolvimento? Como não ficar preso ao desenvolvimento econômico se ele significa

emprego e renda. Cada projeto que nos chega deveria ser tratado sob os diversos aspectos. Mas a saúde só entra pra mitigar conseqüências dos problemas ambientais que já aconteceram ou que a implantação já pressupõe que vai causar. Por exemplo: No sul do estado, a Petrobrás foi informada que deveria ajudar a montar a unidade de saúde porque o número de consultas deveria aumentar. Dar dinheiro pra saúde não é mitigar o dano.

Ainda que hoje o meio ambiente já seja mais considerado no licenciamento dos grandes projetos, ainda é frágil e desarticulado. Ainda corre o risco de erros e danos ambientais imensos. Mas na saúde ainda é pior: se entra no processo durante esta fazer (licenciamento) já está pensando em consequência. Um grande projeto governamental em Ponta da Fruta é dentro de uma área de preservação permanente. Mas acharam uma brecha no Código Florestal, que permite. Quer dizer, quando falamos aqui de desintegração, é dentro do próprio governo. Mas neste caso a população de Vila Velha está organizada e esperamos que consiga barrar.

#### **Categoria 6.4 (GF 6.4)**

##### ***A saúde não se resolve apenas dentro da saúde e os municípios não tem uma política de intersetorialidade.***

Todos concordam que não tem mesmo. A intersetorialidade é transitória e pontual, depende da relação até de afeto entre as pessoas que estejam em pontos estratégicos da gestão. Se uns afirmam que a presença da intersetorialidade oriunda de programas verticais, “vindas de cima”, outros dizem que com este conceito a intersetorialidade vai continuar pontual e dependente. Só é possível acontecer mesmo se vem de baixo pra cima. Mas aí está o dilema, quem forma, quem orienta, oferece recursos ou estimula pessoas do nível local, lá na Unidade a tratar intersetorialmente. É preciso um grande movimento transformador que vai desde a formação até a crença de que numa simples unidade de saúde podemos fazer intersetorialmente, por exemplo, com o guarda de trânsito da frente da Escola, com as professoras do ensino fundamental, a parte de educação em saúde que é imprescindível na mudança da situação de saúde de uma população. Neste ponto o debate foi unânime: a intersetorialidade induzida pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério Público ou de qualquer outro ponto da gestão, que não passar pelo conjunto dos trabalhadores em seus processos de trabalho e também que não incluir a sociedade, não será uma política e nem mesmo tem efetividade.

### **Categoria 6.5 (GF 6.5)**

*A gestão municipal é dependente do Estado do ponto de vista técnico e financeiro.*

Muito dependente. Não que não tenham recursos financeiros. A questão neste aspecto financeiro é de erros na gestão dos recursos. O município tem autonomia, tem suas demandas, mas às vezes não dá conta de resolver, mesmo tendo dinheiro.

Por outro lado, o recurso que vem da esfera federal é toda fundo a fundo (cai diretamente no Fundo Municipal de Saúde). E cada município vai tratar de seus problemas, tende a ficar cuidando só de seu próprio território. No entanto, tem uma desigualdade imensa entre os municípios. Se Cariacica e Serra não equacionam as questões básicas, elas transbordam para Vitória. Isso é muito claro e acontece no dia a dia. E se não se consegue produzir uma agenda resolutiva regional que agregue ações coletivas, o município que mais oferece, tem mais demanda dos outros. Há quem diga que Vitória é o “país das maravilhas”. Mas isso não é verdade. Ela tem resolutividade de consultas. Isto tem mesmo, inclusive os servidores, os gerentes de Unidades são cobrados disso. Mas não é só isso que resolve a questão da economia em saúde. Ao contrário, nos moldes biologicistas, isto é fator de encarecimento. Mas por outro lado é o indicador de sucesso.

A dependência técnica vai pelo mesmo caminho: se tem recurso investe, mas investe na assistência individual, forma técnicos com este perfil, monta e equipa unidades, mas não tem uma pessoa da Vigilância em Saúde nestas Unidades, por exemplo.

### **Categoria 6.6 (GF 6.6)**

*Ações de assistência dos agravos como Dengue; doenças respiratórias e causas externas ocupam grande parte da agenda do gestor, em detrimento da prevenção*

Esta questão é bastante debatida quando se fala no modelo biologicista. Desde os velhos tempos do crescimento do ES temos este problema da poluição do ar, mas até hoje não dominamos este controle da qualidade deste ar. Quem oferece o equipamento e até o pessoal para o programa da qualidade do ar são as empresas que acusamos desde sempre, como as maiores poluidoras. É aquela história que foi falada antes, sobre o passivo ambiental e o pagamento que a empresa faz para mitigar seu impacto sobre o meio

ambiente. São altíssimas as taxas de incidência de doenças das vias respiratórias, são sempre relacionadas à qualidade do ar sim. De fato temos problemas de qualidade do ar causados pelo minério, mas também pela poluição veicular. O certo é que a saúde tem que correr pra atender a todos, e não domina esta história de participar ou de interferir na melhoria da qualidade deste ar. Falta força para se impor numa negociação sobre a postura da indústria mineral e também sobre mobilidade urbana, cujo maior participante, de grande peso, é a própria indústria e o sindicato das empresas de transporte, que quer mobilidade para os carros.

E com relação à Dengue, não foge muito disso. Tem-se uma série de ações de controle do vetor, de vigilância dos pontos viciados, de orientação à população, mas que são feitas de diferentes formas e com diferentes valores dependendo de quem conduz. A sociedade tem se interessado mais, tem uma certa organização nos trabalhos das secretarias, mas o que “pega” mesmo ainda é a assistência. A própria sociedade quer mesmo é que o atendimento esteja lá à sua disposição. E tem que estar mesmo, né? Mas a saúde ainda não deu conta de chegar até ela (a sociedade) e trazê-la para a ação conjunta.

Temos muito avanço na prevenção, mas especificamente nestas questões de grande carga ambiental, ainda estamos engatinhando, porque exigem formas de olhar bem distintas do que se pratica há tempos.

### **Categoria 6.7 (GF 6.7)**

#### ***Não há consenso sobre quais seriam os principais agravos de saúde, decorrentes da carga ambiental nos municípios da Grande Vitória***

O que isto traz na verdade é que não temos estudos suficientes pra isso, não temos técnicas de planejamento que nos oriente de como “atacar” estes agravos, e, de fato, o que conhecemos e quando pensamos em tratar dos determinantes ambientais dos agravos?

Uma coisa que não pareceu aqui e que sempre implica na gestão são as intoxicações. Seja por agrotóxico, seja por uso inadequado de medicamentos e até acidentes domésticos.

Tem muito na Grande Vitória. Quem se lembra (na gestão) de que isto é carga ambiental a todo vapor? As informações são ineficientes. Mas ainda assim pesa aquela velha história do que nossos principais agravos são os que mais estão na porta da Unidade de Saúde.

### **Categoria 6.7 (GF 6.7)**

*Não há consenso sobre quais seriam os principais agravos de saúde, decorrentes da carga ambiental nos municípios da Grande Vitória*

A questão é grave mesmo. Não só os profissionais já vêm com déficit de formação (quem estuda as Vigilâncias na Faculdade?), tem uma disputa na capacitação no serviço, tem dificuldade de liberação se resolver fazer a capacitação por sua própria conta, e como se não bastasse, encontra profissionais (nas empresas) melhores formados na atividade específica, embora não tenham a visão de saúde coletiva que o convença do risco.

A competência de capacitação profissional não é do indivíduo – é da gestão, a mesma que cobra também o procedimento. Há limitação sim, mas o problema é a decisão – é quem decide. E isto se liga naquela questão da dependência do Estado. Os estados podem ter profissionais melhor capacitados

### **Categoria 6.9 (GF 6.9)**

*Mesmo que se considere o Plano de Ação, a Programação Anual e os Pactos, a área da saúde ainda se organiza e age de acordo com as circunstâncias políticas e de capacidade gestora*

Não são as circunstâncias na verdade, É o micro poder que esteja colocado na hora. Faz-se um planejamento normativo e depois vai correr no dia a dia apagar incêndio. O planejamento fica esquecido. E no território - na unidade, é a mesma coisa – você não consegue integrar nem mesmo com o pessoal da coleta do lixo.

Um sintoma deste descompasso é que mesmo com todos estes problemas que falamos aqui, o setor de Vigilância Ambiental do Estado tem 4 profissionais. E esta equipe não tem uma boa compreensão das outras vigilâncias.

As visões são muito diferenciadas – e, além disso, tem o *especialismo*. Esta e outra barreira que temos na saúde, com a mesma origem na fragmentação da gestão (e da própria formação, também).

## **VII DISCURSOS DOS GESTORES, CONSELHEIROS E ESPECIALISTAS: interpretação do conteúdo**

Neste capítulo apresenta-se a interpretação do conteúdo obtido como resultado da análise dos discursos dos gestores e conselheiros de saúde dos municípios estudados e de sua repercussão no debate do Grupo Focal. Esta interpretação se dá numa vertente de ancoragem na fundamentação teórica explicitada a priori.

A adoção dessa trajetória neste ponto do trabalho deve-se à busca das chamadas condicionantes de futuro (GODET, 1993) que tenham aparecido como potencializadoras da ação de futuro, para a incorporação da temática ambiental nas gestões em saúde dos referidos municípios. Uma vez elencadas como resultado dessa etapa, as condicionantes serão objeto da análise prospectiva, já definida para esta pesquisa na metodologia.

Observa-se que os resultados das análises preliminares (APÊNDICES E, F e Cap. V), quando levados ao Grupo Focal (APÊNDICE D), levaram a um novo processamento. O valor e a importância conferida às categorias verificadas no discurso dos entrevistados tomaram diferentes dimensionamentos no debate do Grupo Focal (Cap.VI). Mas ainda assim foi possível constatar que há uma grande coincidência de compreensão dos processos de atuação e de formulação das políticas tratadas aqui.

### **7.1 Instância metropolitana para o planejamento e ações comuns**

Apesar da criação formal da Região Metropolitana da Grande Vitória, como retratado no Capítulo IV, essa instância nunca funcionou de fato. De um lado, atribui-se essa falta de ação à indefinição de um instrumento de gestão, à não instituição de um órgão de apoio técnico para assessoramento ao Conselho Gestor da Região na formulação de políticas, estudos, planos e pesquisas de interesse metropolitano. De outro, no discurso dos entrevistados, tanto dos gestores quanto dos conselheiros e especialistas, fica clara a existência de conflitos de interesses e de vontade política:

*“Não é possível construir acordo sem uma governança, [...]. Mas, pra colocar em prática, primeiro eu tenho que resolver tudo no*

*meu quinhão. Puxa-se uma agenda que não se efetiva. Não é por falta de opções de solução” (GF 1).*

*“Temos as responsabilidades de cada município, mas acabam chegando demandas dos outros também. Não temos como negar, mas também não temos uma organização, nem os subsídios comuns e mais baratos que ela poderia gerar. Às vezes pensamos que temos duplos gastos com a mesma tarefa, sabe?” (ST 2).*

A explicação aqui extrapola o setor saúde, já que a instituição da instância formal da RMGV diz respeito a muitas outras áreas das gestões municipais e da Estadual. Esta situação dá uma primeira ideia sobre o grau de governabilidade ou controle que cada gestor tem sobre o problema (RIVERA e ARTMANN, 2012), o que poderia ser considerado inclusive como um critério de seleção das variáveis a serem aqui consideradas condicionantes de futuro.

Como explica Matus (1996), os problemas considerados estratégicos numa gestão estão sempre entrelaçados com outros, podendo-se identificar causas comuns e que se manifestam em diferentes setores. Por isso, é fundamental explicação intersetorial. As causas que dependem de outros setores (atores) estariam localizadas no espaço-fronteira e, às vezes, no espaço fora do problema, portanto sem condições de serem exploradas aqui, mesmo sabendo que a organização dos processos causais deste problema pode obedecer implicitamente a um esquema de hierarquização semelhante.

A partir da criação do COMDEVIT e a instituição do FUMDEVIT em 2005, várias constatações de importância da política de regionalização aparecem nos documentos oficiais de criação. Apesar disso, observa-se que este é apenas um passo no processo que poderia se chamar de avanço no primeiro grau de viabilidade – o de decisão (RIVERA e ARTMANN, 2012). A efetivação das ações depende de outro nível de viabilidade (operacional ou prático) ou de governança que ainda não se efetivou.

Quando se trata de regionalização para as ações de saúde, a situação se repete. Como já discutido por Abrucio (1994) e Kinzo (1999), a solução para a extensão dos poderes constitucionais do Executivo é a criação de uma nova dinâmica para a gestão, na qual se destacam o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos de gestão compartilhada do SUS. Essa seria a forma de efetivação do

princípio da regionalização e hierarquização na composição do Sistema, para a execução das ações de saúde.

Mesmo com a instituição da Região de Saúde como o *locus* privilegiado do planejamento e gestão do SUS em nível local, por meio do COAP-SUS, não se tem a mesma abrangência que uma gestão metropolitana construída nos moldes da RMGV poderia alcançar. Com certeza o processo de regionalização representado pelos Pactos no SUS expressa o fortalecimento da responsabilidade dos gestores e uma possibilidade de corresponsabilização e não transferência de execução de certas ações para outras esferas. Mas a regionalização necessita mais do que isso. Passa pela criação de mecanismos institucionais que promovam a articulação de ações e serviços de natureza regional, inclusive cofinanciamento, e pelo fortalecimento da coesão regional, como discutido por Carvalho (2005).

Isto é destacado pelos gestores quando afirmam:

*“A Regionalização do Ministério da Saúde só vale para os pactos de indicadores e para a definição do que vem de lá. Quando chega aqui, não temos a mesma organização. A gente acha que a Regionalização da Região Metropolitana é urgente, mas todo governador que entra promete e não sai. Não sabemos o que impede isso. Os municípios têm capacidades diferentes (técnicas e financeiras) e por isso assumem diferentes competências” (ST 2).*

Abre-se aqui um importante diálogo com Arretche (2010) que afirma perceber no Brasil, que a centralização da autoridade política está associada ao conceito de nação, de pertencimento a uma unidade nacional. Por esta razão percebe também a tentativa de impedir que as elites locais (descentralizadas) utilizem os recursos recebidos para suas ações clientelistas. Mas, mesmo que União seja capaz de criar e regular a política nacional, não significa que resultados sejam igualitários.

Ainda que o modelo de descentralização do SUS se caracterize por concentração de autoridade no Governo Federal (ARRETICHE; MARQUES, 2007), também há um significativo sistema de transferências inter-regionais, inclusive financeiras, de forte caráter redistributivo, principalmente em ações da Atenção Básica. A efetivação depende do desenho institucional também da esfera estadual. O modelo escolhido pelo estado do

Espírito Santo, nos moldes da RMGV, poderia atender a essa finalidade distributiva e de redução de desigualdades entre municípios, indo além da captação de recursos para a saúde.

Outro modelo de organização possível para essa questão seria o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), que, no entanto, nunca encontrou eco na RMGV. Como explica Botti et al. (2013), o CIS, criado pela NOB/96 é uma importante estratégia para articulação dos municípios, que, guardadas suas características geográficas, epidemiológicas, capacidade de oferta de serviços, conta com uma coordenação estadual na organização do processo. Mas o principal fator de sucesso desta articulação é a vontade política expressa pelos gestores dos diversos municípios, em consideração à especificidade do pacto federativo.

Ainda para Botti et al (2013), no entanto, o CIS no processo de regionalização da saúde é pouco explorado e ainda se desconhece sua repercussão, sendo necessários estudos que aprofundem e atualizem a sua magnitude e importância no processo de regionalização e de alternativas na atenção à saúde da população

Neste tema, portanto, fica muito claro o quanto essa falta de efetividade da instância RMGV, independente do modelo a ser utilizado, traz de fragilidade aos gestores e aos projetos políticos. Mas também fica clara a pouca governabilidade do setor saúde nesta área.

## **7.2 Planejamento municipal integrado**

À medida que vão crescendo, aumentando sua taxa de adensamento populacional e diversificando sua força produtiva, todos os municípios necessitam rever a dinâmica do planejamento do uso do solo. Tendo em vista o crescimento exponencial dos municípios da RMGV (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010b), essa necessidade é plenamente sentida pelos sujeitos desta pesquisa, com relação aos maiores municípios da Região.

É importante destacar o diferencial da capital, Vitória, que está atualizada nesta revisão, contando com o Plano Estratégico da Cidade – Vitória do Futuro, 1996-2010 e o Programa Integrado de Desenvolvimento Social, Urbano e Preservação Ambiental em Áreas Ocupadas por População de Baixa Renda (nascido como Projeto Terra e atualmente

Terra Mais Igual), onde estão inseridas as caracterizações do contexto sociopolítico-econômico. Essa é uma tentativa da gestão municipal em compor novas formas de intervir sobre a questão urbana (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2002 e 2003).

Como afirmam Zorzal, Tosi e Tatagiba (2002), esse processo de planejamento integrado não tem acontecido nos municípios de forma contundente, mas, particularmente em Vitória, tem apresentado resultados positivos, destacando-se a criação das Administrações Regionais como um canal institucional da referida articulação. No entanto, para promover o desenvolvimento urbano sustentável das cidades, levando-se em conta aspectos da remediação ambiental em função dos impactos da velocidade do crescimento, é necessário fortalecer as dimensões sociais, culturais e econômicas nos projetos de desenvolvimento e integrar de forma ativa os grupos mais vulneráveis.

*“Não se pode falar de integração nesse caso. Ao contrário, o que se vê o tempo todo é exemplo de desintegração: os problemas vão ficando mais complexos e vem uma secretaria nova e novos profissionais, cada vez mais especialistas – aí se estrutura um ‘modelão’ para aquela situação específica. De novo não dá frutos, porque não integrou ideias” (GF 2).*

A desarticulação entre o planejamento urbano e o setor saúde é percebida na diversidade de competências nessas áreas e nas formas como são assumidas pelos municípios e pela esfera estadual. Um exemplo é o licenciamento ambiental, que é concedido a empreendimentos e atividade que utilizem recursos ambientais e sejam consideradas potencialmente poluidoras ou, ainda, que possam causar degradação ambiental, considerando-se as normas técnicas para cada caso (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2012).

*“O setor saúde acaba por cuidar das consequências que muitas vezes se dão como doenças. Isso é consequência do mau planejamento e de ações erradas de outros setores” (ST 1).*

Na RMGV, há uma profusão de locais de grande vulnerabilidade em função dos aspectos geológicos, do crescimento econômico e da conseqüente chegada de populações do interior, incrementada em tempos de exploração de petróleo e gás (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2010b).

*“Vem a ideia do desenvolvimento econômico e vêm as pessoas antes das cidades se prepararem pra recebê-las. A ocupação desordenada é um grande problema pra nós. Atinge a saúde diretamente. E indiretamente, né? Chegam nas áreas vulneráveis – como mangue – criam problemas de falta de peixe, por exemplo. E boa parte das pessoas aqui vive disso. São problemas ambientais mas que são econômicos e de saúde também. Aí vêm os desastres naturais, a falta de serviços básicos” (ST 3).*

*“Outro detalhe importante é que a percepção ambiental na saúde não existe; quando o assunto é saúde então está falando é de assistência individual, é um posto de saúde estruturado com a presença do médico. E o planejamento é feito sobre este pensamento, este modelo” (GF 2).*

O planejamento urbano integrado entre os diversos setores da ação pública municipal é importante particularmente em momentos de maior migração populacional, como acontece atualmente na RMGV e já foi experimentada nas décadas de 1960/1970, com a crise do café e a implantação do complexo siderúrgico-portuário. Os visíveis impactos se sobrepõem ao planejamento no modelo tradicional, que segue desde então na tentativa de mitigar ou adequar *a posteriori* a malha urbana resultante (MOTA, 2002).

*“Esta é uma grande questão na Região Metropolitana. Podemos dizer que o estado do Espírito Santo está de novo na era do crescimento, mas não sai do interesse econômico. Isto já aconteceu uma vez, foi falado aqui, na época do café, Vale e Tubarão. É aquela velha questão: o que é desenvolvimento? Como não ficar preso ao desenvolvimento econômico se ele significa emprego e renda. Cada projeto que nos chega deveria ser tratado sob os diversos aspectos. Mas a saúde só entra pra mitigar os problemas ambientais que já aconteceram ou que já sabe que vai ter na implantação” (GF).*

Como resultado, principalmente nos municípios no entorno da capital, encontra-se um elevado passivo urbano, com bolsões de pobreza e sérios problemas de saneamento, como a coleta e tratamento de esgoto, além da poluição dos recursos hídricos, ao mesmo tempo em que se aprofundam as questões ligadas à violência urbana e aos problemas de mobilidade, sempre lembrados nos discursos analisados.

Nesse ritmo de crescimento, notadamente voltado para as questões econômicas, a cidade acolhe empreendimentos que causam impactos no meio ambiente e na saúde. Para os gestores e conselheiros entrevistados, os órgãos públicos de meio ambiente nasceram com “defeito de origem”. Por muito tempo ficaram isolados de outros órgãos, delimitados em sua competência por uma estrutura verticalizada das instâncias municipais, estaduais e nacional, e sem articulação destas com a sociedade ou mesmo com o empresariado. Poucos são os municípios que contam com uma política própria, autônoma, voltada efetivamente aos problemas territoriais.

No caso da RMGV, a capital se diferencia representando a vanguarda em relação à política ambiental, dispondo de equipe especializada e de eficazes instrumentos legais de proteção ambiental. No entanto os próprios instrumentos têm sua eficácia discutida na prática quando se trata de grandes empreendimentos urbanos, com grandes interesses econômicos em disputa:

*“Temos uma grande luta no PDU, interesses de todos os lados. Algumas prefeituras não resistem aos grandes empreendimentos. Os problemas em nossos municípios não são tão diferentes assim; podem ter destaques diferentes, mas acontecem em todos. Esta região é pequena e muito ‘ligada’ geograficamente” (ST 1).*

Mesmo que se considerem o Plano de Ação, a Programação Anual e os Pactos, que são instrumentos obrigatórios na gestão pública no SUS, a área da saúde ainda se organiza em meio a conflitos e interesses, sofrendo reformulações constantes a cada etapa do processo de gestão, exigindo novas negociações.

Na visão dos gestores, dos especialistas e, principalmente, dos conselheiros entrevistados, em que pese a moderna concepção das intervenções no âmbito da política ambiental e da saúde, essa desarticulação no planejamento urbano dificulta a prevenção de problemas ambientais e sociais, com consequências na saúde.

### 7.3 Os municípios e a intersetorialidade

A reboque da discussão anterior acerca da falta de planejamento integrado, surge a falta da intersetorialidade nas ações de saúde, notada dentro das próprias Secretarias de Saúde ou mesmo fora, da Secretaria com outros setores afins.

*“E não tem mesmo. A intersetorialidade é transitória e pontual, depende da relação até de afeto entre as pessoas que estejam em pontos estratégicos da gestão” (GF 4).*

*“Entendo que a intersetorialidade deve acontecer dentro da esfera da saúde, mas principalmente fora. Ela é importante pra todos os setores” (ST 2).*

A intersetorialidade é um instrumento de reconhecida importância na gestão em saúde nos municípios pesquisados, estando presente nos Planos Municipais de Saúde (2010-2013) dos quatro municípios da RMGV, onde é defendida como estratégia de garantia da integralidade das ações nas políticas de saúde. Ao mesmo tempo, em Relatórios de Gestão referentes aos citados Planos, encontram-se justificativas de não efetivação, confirmando a afirmação de Andrade (2006) sobre o consenso no discurso e o dissenso na prática da intersetorialidade no SUS.

Numa perspectiva política, a intersetorialidade, ao propiciar a articulação de saberes técnicos, pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas (INOJOSA, 2001). Para essa autora, ela deve ir além da justaposição de projetos, tornando-se uma política pública de conjugação de várias ações de diferentes setores, com definição de estratégias comuns.

Nesta pesquisa é possível verificar que os setores se comunicam de forma restrita, na dependência dos interesses dos sujeitos envolvidos e, assim, as ações intersetoriais podem tanto estar voltadas para respostas imediatas, como reverter-se em ações contundentes que consigam criar barreiras políticas de enfrentamento aos interesses. E nesse sentido, ficou fortemente marcada uma diversidade de opiniões entre os gestores e os especialistas. Para os que estão no dia a dia da gestão, em busca de fortalecimento da ação, vale a intervenção do Ministério Público na sugestão de ações intersetoriais:

*“Outra área importante para a intersetorialidade é o MP. Ele tem cutucado os municípios em relação a alguns problemas, como os do resíduo” (ST 2).*

*“[...] a intersetorialidade vinda do MS, do MP ou de qualquer outro ponto da gestão, que não passar pelo conjunto dos trabalhadores em seus processos de trabalho e também que não incluir a sociedade, não será uma política e nem mesmo tem efetividade” (GF 4).*

*“Se uns afirmam que tem a intersetorialidade vinda de programas verticais, vindas ‘de cima’ ou ‘de fora’, com este conceito ela vai continuar pontual e dependente” (GF 4).*

E é neste ponto que aparece um confronto entre gestores e especialistas: de onde parte a intersetorialidade e quem dela participa. Huet-Machado e Porto (2003), apresentam a organização de redes institucionais organizadora da política de intersetorialidade, que se construa a partir da definição de um objeto, combinando com o pensamento dos gestores. No entanto, para os especialistas, uma política vinda de fora da instituição responsável pela ação final, tem seus limites e conflitos de interesses. Eles afirmam que a formação de redes com este desenho, interinstitucionais e interdisciplinares exige novos conceitos, a construção de um diálogo mais amplo e a transformação das práticas. Por fim, neste ponto concordando com os autores citados acima, propõem que a construção de redes e de ações interinstitucionais se cerque também da construção de uma nova linguagem integradora entre os campos profissionais e as instituições envolvidas.

Como já discutido no Capítulo II, ainda que restritas à dimensão operativa e à atuação de determinados atores, as ações intersetoriais acontecem pontualmente e demonstram importantes resultados. O mais forte exemplo dessa situação na RMGV é a ação de controle da dengue, como declarado no discurso dos gestores e conselheiros:

*“Temos intersetorialidade na dengue. Neste caso é só chamar. E até já temos algumas ações definidas que nem precisam ser convocadas. O programa da dengue já pressupõe isto e tem funcionado” (ST 2).*

Assim, voltamos a Huet-Machado e Porto (2003), que propõem a construção de instâncias estratégicas articuladoras, com participação institucional e popular, como forma de

proposição vinda “de dentro” e também “não de cima”, que propiciem a implementação da intersetorialidade como uma política.

#### **7.4 A gestão municipal e a dependência do Estado**

Como discutido no Capítulo II, a expansão do Estado Brasileiro a partir da Constituição Brasileira de 1988 fortaleceu as esferas municipais e estaduais institucional e administrativamente. No entanto, esse modelo de descentralização não minimizou a centralização financeira e política que configura o conflito federativo (DRAIBE; ARRETCHE, 1995). Para essas autoras, o processo de descentralização não se efetivou no Brasil para além dos esforços pontuais de alguns programas públicos.

Na opinião de Arretche e Marques (2007), isso não significa que, para que ocorra descentralização, seja absolutamente necessária a existência de um projeto do Governo Federal, mas é necessária a participação de atores com graus relativamente equivalentes de autonomia. As políticas de Saúde Pública, de modo geral, desde os anos 1980 contam com fóruns nacionais, alianças de governadores e prefeitos que ajudaram a viabilizar o mais bem sucedido caso de descentralização no sistema brasileiro (ARRETCHE e MARQUES, 2007). Foi um longo caminho de reformas que redistribuiu funções e competências entre as esferas de governo, na direção da autonomia municipal.

Desde então, fortalecidos pela Constituição de 88 e pela legislação específica do SUS, aumentam progressivamente as competências municipais para a prestação dos serviços básicos de saúde. Entretanto, surgem também as dificuldades financeiras e institucionais do Governo Federal para dar continuidade ao processo de descentralização.

Esse paradoxo aparece claramente nos discursos dos gestores e conselheiros:

*“Temos condições de fazer boa parte das ações e estamos nos preparando principalmente no que é nossa obrigação na Atenção Básica. Devemos trazer também as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência Municipal de Saúde para orientar nossos trabalhos. Acho que são (serão) todas da Atenção Primária, mas devem ser focadas nos problemas do saneamento, das drogas e violência” (ST 3).*

E continuam:

*“Uma coisa é a capacidade técnica, outra coisa é a capacidade política e isto interfere também no apoio do Estado. E ainda temos a previsão de restrições financeiras mais sérias no próximo ano por causa da surpresa dos Royalties (nova forma de distribuição)” (ST 3).*

Essa mesma discussão no GF aparece assim:

*“Muito dependente. Não que não tenham recursos financeiros. A questão neste aspecto financeiro é de erros na gestão dos recursos. O município tem autonomia, tem suas demandas, mas às vezes não dá conta de resolver, mesmo tendo dinheiro” (GF 5).*

*“A dependência técnica vai pelo mesmo caminho: se tem recurso, investe, mas investe na assistência individual, forma técnicos com este perfil, monta e equipa unidades, mas não tem uma pessoa da Vigilância em Saúde nestas Unidades, por exemplo” (GF 5).*

Nas entrevistas e no GF fica claro o paradoxo citado: os governos municipais têm autonomia garantida pela Constituição e legitimidade para o protagonismo no desenvolvimento de políticas públicas, já que estão mais próximos dos problemas e da população, mas têm dificuldades institucionais para a execução. Arretche (2012) reforça a percepção dos atores desta pesquisa, ao afirmar que os entes federativos devem ter normas ou diretrizes comuns sobre determinadas políticas para auxiliar a construção, nos municípios, de um sentimento de pertencimento à comunidade nacional e promover a igualdade.

A conclusão dos especialistas nesse ponto é que os municípios têm baixa capacidade técnica para a formulação de políticas. Também reconhecem que a normatização e a função redistributiva da União são componentes indispensáveis às políticas locais.

## 7.5 Agravos prioritários na agenda do gestor dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória

Nesse discurso, fica claro que a importância de um agravo no rol de preocupações na gestão tem relação direta com o tempo que ele ocupa na agenda do gestor. Trata-se da agenda de urgências que distrai da planificação e faz com que os atores negligenciem o que é importante e estratégico (MATUS, 1993). As questões urgentes ganham espaço na agenda, em função da premência do tempo.

Sem dúvida, não são esquecidos outros aspectos do agravo que interessam como critério de gradação da importância, tais como o número de pessoas que atinge ou a magnitude do dano causado. Por esse motivo, as doenças cardiovasculares, as respiratórias e a dengue recebem mais atenção, já que são as que ocupam maior tempo na agenda do gestor.

É possível distinguir ainda que esse “peso”, diferentemente do esperado em uma cultura medicalizante, não se refere apenas à busca por mais espaços de atendimentos médicos, internações e outras intervenções médicas. Frequentemente, no caso dos agravos citados, são percebidas as preocupações com o combate e/ou controle.

*“Corremos atrás do prejuízo o tempo todo. Além de termos o monitoramento da qualidade do ar, estamos fazendo pesquisas para tentar esclarecer o nexo causal e especificar a relação entre nossas doenças e os tipos de poluição a que estamos sujeitos” (ST 1).*

*“O pior é que ainda não temos muito controle sobre o vetor” (ST 1 sobre a dengue).*

Pelo mesmo motivo, ou seja, por não ocupar tanto a referida agenda, a diarreia perde este destaque mesmo após estímulo da pesquisadora, que demonstrou esse agravo no âmbito mundial. Embora figure fortemente na lista dos mais importantes do mundo com grande carga ambiental (PRÜST-ÜSTÜN; CORVALÁN, 2006), não tem o mesmo “peso” na agenda da gestão dos municípios.

Paz, Almeida e Günther (2012) afirmam que, em grandes aglomerados urbanos, os indicadores de saneamento básico podem não ser eficientes para identificar populações que vivem situações de risco para a ocorrência de diarreia. É necessária a inclusão das informações coletadas pelos serviços locais de saúde que melhor identificam os núcleos populacionais onde ainda existem parcelas da população vivendo em precárias condições de habitação e sem acesso a sistemas de saneamento básico.

Aliado a isso, César (2006) afirma que a diarreia é negligenciada pela mãe e subnotificada pelos profissionais de saúde. Segundo esse autor, após a introdução de medidas de saneamento básico, juntamente com a introdução da terapia de reidratação oral, o mundo apresentou, respectivamente, um declínio significativo nas taxas de morbidade e de mortalidade por doenças diarreicas, que eram veiculadas principalmente por água contaminada e existência de esgotos expostos.

Por ser uma doença muito comum e autolimitada, ou seja, com a característica de sanar espontaneamente após alguns dias, a diarreia pode ser vista como uma enfermidade sem relevância e de fácil controle. Porém, em condições desfavoráveis, pode tornar-se preocupante, como em determinados territórios da RMGV, onde ainda há uma grande deficiência de saneamento (SILVA, 2007). Paradoxalmente são constantes as preocupações com a cobertura das ações de saneamento, mas atualmente muito associadas à alta incidência da dengue e aos resultados de desastres naturais em função de fortes chuvas.

Colocada essa questão para discussão com os especialistas, a conclusão é de que a gestão ainda está aprisionada ao modelo biologicista. Mesmo com relação a agravos com maior intervenção de prevenção, como a dengue, afirmam que não “foge” muito dessa postura:

*“[...] o que ‘pega’ mesmo ainda é a assistência. A própria sociedade quer mesmo é que o atendimento esteja lá à sua disposição. E tem que estar mesmo, né? Mas a saúde ainda não deu conta de chegar até ela (a sociedade) e trazê-la para a ação conjunta. Temos muito avanço na prevenção, mas especificamente destas questões de grande carga ambiental, ainda estamos engatinhando, porque exigem formas de olhar bem distintas do que se pratica há tempos” (GF 6).*

Aqui se destaca, portanto, a batalha entre assistência e prevenção na disputa pela importância na gestão. Mesmo que tenha sido apenas após estímulo da pesquisadora, neste ponto das entrevistas revela-se o início de maior preocupação com as drogas e a violência. Há uma grande dificuldade denexo/vinculação entre agravos por causas externas e meio ambiente, na prática.

De imediato, ao se tratar dos agravos decorrentes de acidentes de trânsito ou mesmo de outras formas de violência, não se tem a percepção de sua relação com o meio ambiente. Isso decorre certamente do conceito de meio ambiente que cada entrevistado traz em sua trajetória. Foi possível perceber que esse conceito é um pouco limitado ao conjunto de solo, ar e água, lixo e esgoto. Mas não se trata de desinformação ou desconhecimento dos atores da gestão, tanto que, ao serem estimulados a fazer tal associação, houve uma concordância imediata e um espanto por não terem pensado assim até então. Pode-se afirmar que essa constatação após estímulo ocorreu em quase a totalidade das entrevistas, o que está exemplificado com o discurso seguinte:

*“Além da dengue e de outras doenças que vêm à cabeça quando falamos de meio ambiente, tem também os desastres naturais, que deixam outras consequências. Estes nexos são mais fáceis e a Vigilância Ambiental já tem ações (exemplo do Plano de Gestão de Desastres). Ainda temos muito que aprender dessas relações e do controle desses problemas. Se você não traz este assunto aqui, talvez nem entrasse dessa forma na Conferência de Saúde que teremos em breve” (ST 1).*

Para os especialistas participantes do GF, essa questão leva ainda a uma falta de consenso sobre quais seriam os principais agravos de grande carga ambiental na Grande Vitória. E destacam que, embora os gestores demonstrem conhecimento do tema, a verdade é que não dispõem de estudos suficientes para esclarecer essa complexa relação, nem de técnicas de planejamento que orientem nesse sentido. Admitem que, de fato, não conhecem e não sabem como cuidar, no setor saúde, do controle de determinantes ambientais dos agravos.

Mas há um consenso, claramente identificado, de que os agravos relacionados aos problemas ambientais são o resultado de desequilíbrio ambiental, provocado pelo crescimento desordenado das cidades (população, veículos e atividades industriais), sem

o adequado planejamento urbano, saneamento e gerenciamento de resíduos. Aliado a essa situação está o aumento do uso de drogas, da violência em geral e no trânsito, gerando problemas de saúde.

Essas preocupações transitam tanto pela falta de ordenamento no uso do solo e formação de aglomerados insalubres como pelo crescimento industrial que leva à poluição. No entanto, ao descreverem os agravos decorrentes desse desequilíbrio, ficam sempre no campo das doenças infecto-contagiosas, devido à dificuldade de controle de vetores, e das respiratórias, devido à má qualidade do ar.

Somente quando estimulados demonstram que também os agravos decorrentes da violência e dos problemas do trânsito são, de fato, grandes problemas para o setor saúde nesta Região. Nesse ponto, as colocações se aprofundam e vários problemas são lembrados. Vão da ocupação desordenada e da aglomeração da população, a saneamento precário, problemas de mobilidade, degradação ambiental e perda da biodiversidade, principalmente nas áreas de mangue, que cobrem grande parte da Região.

Retornando-se ao incômodo percebido no início desta questão, ao ocupar a agenda com grande demanda, principalmente de assistência, com alguns agravos de grande incidência, diminuem as possibilidades de inserção de novas estratégias sobre estes ou mesmo outros agravos de igual ou maior carga ambiental. Concluindo os debates nesta categoria, fica claro que a “carga” de um agravo no rol de preocupações na gestão tem relação direta com o tempo que ele ocupa na agenda do gestor. Mas fica igualmente claro que alguns agravos de grande carga ambiental, eventos finalísticos, preocupam os atores envolvidos no processo de gestão dos municípios sem, no entanto serem tratados especificamente em função dos seus determinantes ambientais e não figuram desta forma nas formulações atuais.

Tendo em vista a recorrência da duplicidade de olhar para esta questão dos agravos prioritários, debatidos tanto do ponto de vista do “peso” na agenda do gestor quanto da importância do ponto de vista epidemiológico, esta categoria foi subdividida para a continuação da análise. Ficam destacadas da seguinte forma: 1) A importância dos agravos nas atividades do gestor depende da “carga” com que ele ocupa a agenda; 2) Dificuldades na priorização dos agravos com grande carga ambiental nas ações de saúde.

## 7.6 Formação e capacitação dos profissionais das Vigilâncias

A tarefa de vigilância e de medidas de promoção da saúde ambiental exige conhecimentos e informações sempre atualizados, numa dinâmica que muitas vezes a gestão pública municipal não está preparada para oferecer. Na realidade não foi possível identificar em nenhum relatório ou documento, nem mesmo nas entrevistas, alusão a programas de formação ou de capacitação desses profissionais nesses municípios.

Ao contrário, é evidente a percepção dos próprios gestores e conselheiros, da importância e da urgência dessa ação, principalmente para acompanhar o desenvolvimento do setor produtivo, potencial fonte poluidora e objeto da fiscalização:

*“O pior é que a cada dia surgem problemas novos e temos que conseguir capacitação nova para nossos técnicos. Tem algumas áreas da fiscalização, por exemplo, que não fazemos porque não temos pessoas especializadas naquele assunto, nas nossas secretarias. Já vi mais investimentos em estudos nas empresas do que aqui nós conseguimos fazer” (ST 3).*

*“A questão é grave mesmo. Não só os profissionais já vêm com deficit de formação (quem estuda as Vigilâncias na Faculdade?), tem uma disputa na capacitação no serviço, tem dificuldade de liberação se resolver fazer a capacitação por sua própria conta, e, como se não bastasse, encontra profissionais (nas empresas) melhores, formados na atividade específica” (GF 8).*

*“A competência de capacitação profissional não é do indivíduo – é da gestão, a mesma que cobra também o procedimento. Há limitação sim, mas o problema é a decisão – é quem decide. E isto se liga naquela questão da dependência do Estado” (GF 8).*

Evidente a preocupação dos grupos estudados com a limitação na formação e na capacitação dos profissionais das Vigilâncias e demais instâncias de controle e com a necessidade de dotar os profissionais de competências e habilidades para atuar em Saúde Ambiental. Essa capacitação foi também lembrada como fator imprescindível para propiciar a intersetorialidade e os processos participativos no enfrentamento de problemas de saúde e de ambiente.

Ao final desta etapa de interpretação e discussão ficam destacadas as variáveis de potencial impacto sobre a evolução da gestão municipal, no que se refere à relação saúde, meio ambiente e desenvolvimento, que estão tratadas no capítulo seguinte..

Essas variáveis, resultado da análise de conteúdo sobre os discursos dos gestores e conselheiros e do debate no ocorrido no Grupo Focal, aliada à pesquisa documental anterior são as **condicionantes de futuro**, para a relação saúde - meio ambiente – desenvolvimento, nas formulações das políticas de saúde dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória que, a seguir, foram estudadas como objeto da análise estratégica e prospectiva.

## VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trata de questões muito específicas e particulares, inseridas em um nível de realidade agregada numa Região Metropolitana, com suas peculiaridades. Foi uma forma de tentar compreender a possibilidade de transformações a partir dos sujeitos, identificadas na relação entre a realidade concreta e a teoria, como lembra Minayo (2007), a respeito do conhecimento científico.

Entendendo o governo municipal como macro-organização, na medida em goza de autonomia político-administrativa e é ente federativo, com base na teoria organizacional de Matus, foi possível realizar este estudo deste caso, desvendando alguns aspectos da prática cotidiana referentes ao tema tratado e também assinalando os limites para a compreensão dos problemas da gestão da política de saúde neste âmbito. Em uma análise crítica procurou-se enfatizar a incorporação da perspectiva matusiana, tal como Rivera (1995) e Artmann (2001) o fizeram, mas demonstrando ainda a força dos atores em seus vínculos com a organização pública de saúde.

A importância deste tema – relação saúde e meio ambiente e sua capacidade de potencializar a gestão – depende de inúmeros fatores que, para serem apreendidos necessitam estar situados em seu contexto histórico e social. Emerge neste trabalho o conceito de saúde como um pré-requisito para o desenvolvimento, provocando a necessidade de um encontro das lógicas de planejamento em saúde como parte do planejamento de cada região ou município. Aqui se destacam a possibilidade de intercâmbio de conhecimentos entre os atores do processo e a inclusão outros setores externos à área da saúde e também dos cidadãos.

Como afirma Freitas (2007), os espaços urbanos comportam diversas atividades com efeitos danosos ao ambiente e à saúde humana, especialmente em países menos industrializados. No entanto o debate acerca desta questão nos espaços estudados é tímido, ao ponto de ser assumido por gestores e conselheiros que a chegada desta pesquisa implicava imediatamente no início de um novo olhar para a questão. Em um dos municípios foi informado que o debate iniciado a partir daquele momento da entrevista acionaria a abertura de mais um tema na Conferência Municipal de Saúde que ocorreria em breve e que não apontava para as questões ambientais.

A cultura da medicalização ainda flagrante na gestão. O restrito poder explicativo do modelo medicalizante de gestão, transformando questões sociais em doenças individuais, dificulta que diversos atores da saúde assumam uma abordagem mais efetiva sobre problemas como abuso de drogas, violência, mobilidade urbana, todos com grande carga ambiental.

Outro destaque importante está na dificuldade de uma gestão metropolitana, da relação entre os municípios e a intersetorialidade. Tanto nas entrevistas quanto nos documentos fica evidente que os problemas dos municípios não são tão diferentes que não possam ter um tratamento conjunto, gerido por uma instância intermunicipal. E esta evidência é corroborada pela revisão sistemática, quando trata de trabalhos brasileiros, onde a discussão territorial é destacada.

Mas a falta de uma coordenação articuladora e da intersetorialidade como uma política pública na saúde propiciam a simples justaposição de projetos em lugar de uma conjugação de setores com estratégias comuns. Sem esta coordenação por vezes encontram-se setores ou instituições que trazem parcerias e outras trazem mais problemas.

Ainda é grande a dependência da gestão municipal em relação à demais esferas. No entanto, considerando o pacto federativo brasileiro, a vontade política dos gestores é determinante para esta ação. Assim, a situação de não efetividade da instância regional de gestão metropolitana da Grande Vitória, é fortemente debatida entre os gestores e demais atores, ainda que sem grandes avanços.

Também para o planejamento estadual, aqui destacado no Projeto Espírito Santo 2025, não houve um envolvimento efetivo dos municípios, seja nos debates de cenarização ou mesmo no retorno das decisões. Deparou-se diversas vezes com a queixa de que o planejamento, numa fase de expressivo crescimento econômico deveria começar pela saúde, já que isto tem, via de regra, significado empreendimentos que trazem consequências para o setor.

Ao situar a análise prospectiva em seu contexto organizacional, antecipando a natureza do problema com os atores-chaves dentro e fora da Instituição foi possível vencer as ideias-feitas e elencar os desafios a serem enfrentados para a incorporação da temática

ambiental e do desenvolvimento nas formulações das políticas de saúde dos principais municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória. O destaque está na necessidade de implementação de uma nova abordagem estratégica para a melhoria das articulações em projetos de saúde, assim como o estabelecimento de planejamentos que implicam em uma reordenação da estrutura organizacional para uma visão estratégica. Estes são evidentes desafios para a gestão municipal em saúde

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir com a implementação e aprimoramento das práticas de gestão e planejamento no SUS, bem como com a produção acadêmica nesta área, discutindo as possibilidades de mudanças no âmbito da gestão municipal.

## IX REFERÊNCIAS

1. ABRUCIO, F. L. Os barões da federação. **Lua Nova**, São Paulo, n. 33, p. 165-183, ago. 1994.
2. ACURCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 111-132.
3. AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local**: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec, 2005.
4. ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
5. ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e Igualdade Territorial: uma contradição em termos? **34º Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, Outubro de 2010.
6. \_\_\_\_\_, **Democracia, Federalismo e Centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Ed. FGV (coedição), 2012.
7. ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 167-198.
8. ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001. ISSN 1413-8123.
9. ASQUINO, M. S. Governança metropolitana e infra-estrutura em São Paulo: o desafio de conciliar interesses regionais e impacto local. **Pós – Revista do Programa Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da FAUUSP**, São Paulo, n. 28, dez. 2010. Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-95542010000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-95542010000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 mar. 2012.

10. BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 2009
11. BRASIL. Constituição (1998). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.
12. BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre o contrato organizativo de ação pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jun., 2011. Seção 1, p. 1.(Publicação Original).
13. BRASIL. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, 1986.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Evandro Chagas. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundwall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, 1996.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, 1999.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília, 2007.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde ambiental**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm>>. Acesso em: 20 ago. 2008.
18. BRASIL. Ministério da Saúde - Organização Pan – Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, 2009
19. BOTTI, C.S., et al. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 22, n. 3, p. 491-500, 2013.
20. BUSS, P. M. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: SDE/ENSR, 1996. p. 173-188

21. CARVALHO, G. **Pactos do SUS**: comentários preliminares. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2005. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_conteudo1.php?id=1638](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1638)>. Acesso em: 20 ago. 2013.
22. CECÍLIO, L. C. **Inventando a mudança na administração pública** – reconstituição e análise de três experiências na saúde. 1993. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1993. 2 v.
23. CÉSAR, M. L. V. S. **Doença diarreica aguda**: aspectos epidemiológicos e vigilância no município de Avaré, interior do estado de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/>>. Acesso em: 6 maio 2013.
24. CORDANI, U. G., MARCOVITCH, J.; SALATI, E. Avaliação das ações brasileiras após a Rio-92. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 29, p. 399-408, jan./abr. 1997.
25. DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.
26. DRAIBE, S. M.; ARRETCHE, M. T. S. Descentralização e políticas de combate à pobreza: observações sobre o caso brasileiro. Trabalho apresentado no **Programa de Estudios sobre Pobreza Urbana y Descentralización en América Latina**. Santiago, Chile: Centro de Investigación en Ecosistemas de la Patagonia - CIEP, 1995.
27. DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.
28. DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1984

29. ELIAS, P. E.; MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento e a política de saúde. **Revista da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n. 51, p. 6-15, 2001.
30. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano de Desenvolvimento do Espírito Santo 2025: relatório**. Vitória: 2006.
31. ESPÍRITO SANTO (Estado). Espírito Santo em Ação. **Plano de Desenvolvimento do Espírito Santo 2030**. Vitória: 2013a.
32. ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde (SESA-ES). **Aprimoramento do SUS por meio do Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde – COAP 2013**. Vitória: SESA – ES, 2013b.
33. FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manginhos, RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002. p. 15-38.
34. FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 243-50, 1995.
35. FLEURY, S. Saúde urbana e cidadania. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 29-39, jun. 2007.
36. FREITAS, CMF; SÀ, I.M.B. Por um gerenciamento de riscos integrado e participativo na questão dos agrotóxicos. In: PERES, F.; MOREIRA, JC (Orgs.) **É Veneno ou É Remédio? – agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003.
37. FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).
38. FREITAS, C.M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p.137-150, 2003 .
39. \_\_\_\_\_. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):679-701, mai-jun, 2005**
40. FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à

- prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento de Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.
41. GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, p. 326-327, set./dez. 2007.
  42. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
  43. GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
  44. GODET, M. **Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à acção**. Lisboa: Dom Quixote, 1993.
  45. GODET, M.; DURANCE, P. **La prospective stratégique: pour les entreprises et les territoires**. Paris: Dunod/Unesco, 2011.
  46. GOUVEIA, N. Saúde e ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.
  47. HUET MACHADO, J. M.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, set. 2003.
  48. INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.
  49. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas 2012 – Economia**. Vitória, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>> Acesso em: 21 fev. 2013.
  50. INSTITUTO DE DEFESA AGROPECUÁRIA E FLORESTAL DO ESPÍRITO SANTO – IDAF. **Plano Espírito Santo 2030**. Disponível em:

<[http://www.idaf.es.gov.br/WebForms/wfNoticia.aspx?cd\\_Noticia=792](http://www.idaf.es.gov.br/WebForms/wfNoticia.aspx?cd_Noticia=792)>.

Acesso em: 10 dez. 2011.

51. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA.  
**Perspectivas do desenvolvimento brasileiro.** Brasília, 2010. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro, livro 10). Disponível em:  
<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro10\\_Perspectivasdodesenvolvimento.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro10_Perspectivasdodesenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2011.
52. INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Dados socioeconômicos – dinâmica urbana – 2010a.** Disponível em:  
<[http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=294&Itemid=253](http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=294&Itemid=253)>. Acesso em: 20 jun. 2011.
53. INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Resenha de conjuntura.** Resultados do MUNIC-2009 para os municípios do Espírito Santo – Ano III – Número 70 – Agosto de 2010b.
54. JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: **El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública.** Caracas: Unesco/Clad. 1997. p.63-12
55. \_\_\_\_\_. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.
56. KINZO, M. D. Partidos políticos y procesos decisórios democráticos: el caso brasileño. In: CAVAROZZI, M. (Ed.). **Hacia una matriz de gobierno en América Latina.** Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín, 1999.
57. KOPF, A. W.; HORTALE, V. A. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, Sept./Dec. 2005. Suplemento 0.
58. LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface**, Botucatu-SP, v. 13, n. 31, p. 329-342, out./dez. 2009.

59. LIMA, P. D. B. **Excelência em gestão pública**: a trajetória e a estratégia do Gespública. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.
60. LIMA, S. M. L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. 2009. 316 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
61. LYNN, L. E. **Designing Public Policy**: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980
62. MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 139-162.
63. MARICATO, E. Metrôpoles desgovernadas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 25, n. 71, Apr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142011000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mar. 2012.
64. MATUS, C. O plano como aposta. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 28-42, out./dez. 1991.
65. MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1993. 3 v.
66. MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente**: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.
67. MEAD, L. M. “Public Policy: Vision, Potential, Limits”, **Policy Currents**, Fevereiro:1-4. 1995.
68. MELO, E. M. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 167-178; Sept./Dec. 2005. Suplemento 0.
69. MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

70. MINAYO, M. C. de S. Enfoque sistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando os nós. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 173-189.
71. \_\_\_\_\_, **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2007.
72. MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes**. Tradução Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.
73. MINTZBERG, H. The structuring of organizations. Englewood Cliffs. N.J., Prentice-hall. 1979; In: \_\_\_\_\_, **Inside our strange world of organizations**. New York: The Free Press. 1989.
74. MORGAN, L. **Focus group as qualitative research**. Newbury Park: Sage Publication, 1988. (Qualitative Research Methods Series, 16).
75. MOTA, F. C. M. **Integração e dinâmica regional**: o caso capixaba (1960-2000). 2002, 156f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia Aplicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.
76. MULLER NETO, J. S; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 12, Dec. 2012
77. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In: Ministério da Saúde. Instituto Evandro Chagas. **Promoção da saúde**: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundwall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1996.
78. PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

79. PAMPLONA, L. M. P. Políticas públicas territoriais: uma agenda necessária para o desenvolvimento no século 2. **Inclusão Social**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 52-68, jul./dez. 2012.
80. PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GÜNTHER, W. M. R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, mar. 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 mar. 2014. &
81. PETERS, B. G. American Public Policy. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986
82. PRATES, A. G. P. Administração pública e burocracia. In: AVELAR, L.; CONTRA, O. A. (Org.). **Sistema político brasileiro**: uma introdução. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2007.
83. PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA – PMV. **Projeto Vitória do Futuro**. Versão 2002. Vitória, 2002.
84. PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA – PMV. **Agenda 21 da cidade de Vitória** – um sonho em construção. Vitória, 2003.
85. PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA-PMV. Secretaria de Assistência Social. **Vitória de A a Z**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2011.
86. PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA - PMV. Secretaria de Gestão Estratégica. **Agenda Vitória**: plano estratégico até 2028. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/seges.php?pagina=agenda\\_vitoria\\_oquee](http://www.vitoria.es.gov.br/seges.php?pagina=agenda_vitoria_oquee)>. Acesso em: 13 dez. 2011.
87. PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Meio Ambiente. **Licença ambiental**: autorização para atividades e obras. 2012. Disponível em:  
<[http://www.vitoria.es.gov.br/semmam.php?pagina=oquee\\_licenca\\_ambiental](http://www.vitoria.es.gov.br/semmam.php?pagina=oquee_licenca_ambiental)>. Acesso em: 01 fev, 2014.

88. PRÜSS-ÜSTÜN, A.; CORVALÁN, C. Towards an estimate of the environmental burden of disease. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing disease through healthy environments**. Geneva, 2006.
89. RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.
90. RIVERA, F. J. U. Análise estratégica e prospectiva em saúde: o enfoque de Godet e simulações de cenários para o Programa de Saúde da Família (PSF) In: \_\_\_\_\_. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. cap. 4, p. 151-183.
91. RIVERA, F. J. U. Comunicação e gestão organizacional por compromissos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 211-230, 1995.
92. RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.
93. RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde; histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.
94. RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
95. RODRIGUES, R. H. et al. A ética do desenvolvimento e as relações com a saúde e meio ambiente. In In: LEAL, M.C.; SABROSA, P.C.; RODRIGUES, R.H.; BUSS, P.M. (orgs) **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro, 1992.
96. RUA, M. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. G.; CARVALHO, I. V. (Org.). **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.
97. SILVA, S. R. **O papel do sujeito em relação à água de consumo humano**: um estudo na cidade de Vitória-ES. 2007. 285f. Tese (Doutorado em Saneamento,

- Meio Ambiente e Recursos Hídricos) – Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
98. SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.
99. TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2005.
100. UNITED NATIONS. United Nations Conference on Environment & Development. **Agenda 21**. Rio de Janeiro, 1992
101. VIANA, A. L. A.; ELIAS, P. Saúde e desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p.1765-1776, 2007. Suplemento.
102. VIANA, A. L. Bem comum, esfera pública e ética: sentido e nexos da universalidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Conferencia%20Ana%20Luiza%20Viana.pdf>> Acesso em 20 dez.2013.
103. VITÓRIA-ES. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Assistência Social. **Vitória de A a Z**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2011.
104. VITÓRIA-ES. Secretaria de Gestão Estratégica. **Agenda Vitória: plano estratégico até 2028**. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/seges.php?pagina=agenda\\_vitoria\\_oquee](http://www.vitoria.es.gov.br/seges.php?pagina=agenda_vitoria_oquee)>. Acesso em: 13 dez. 2011.
105. YIN, R. K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001.
106. ZORZAL, M.; TOSI, A.; TATAGIBA, L. Relações de intermediação entre sociedade civil e municipalidade no governo da cidade de Vitória (*versão preliminar*). In: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA – PMV. **Projeto Vitória do Futuro – Agenda 21**. Vitória, 2002.

## **X APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

#### **Roteiro da pesquisa documental**

Documentos: Atas e Conselhos de Saúde e MA e Planos de governo e Relatórios de  
Gestão Municipal 2009 – 2012

- 1- Tipo de documento:**
- 2- Atores envolvidos:**
- 3- Data:**
- 4- Frequência de aparecimento direto do tema:**
- 5- Categorias: direta ou indiretamente citadas**
  - a- Tema saúde e meio ambiente
  - b- Zoonose:
  - c- Poluição atmosférica
  - d- Acidente de trânsito
  - e- Homicídio
  - f- Doenças diarreicas
  - g- Intoxicações

**Outras formas:**

## APÊNDICE B (1)

### Roteiro de entrevista com Secretário Estadual de Saúde

1. Quais os problemas de saúde recorrentes no ES, que podem estar relacionados com problemas ambientais?
2. Com relação aos agravos apontados pela OMS, relacionados ao desenvolvimento e ao meio ambiente: morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarreicas e do aparelho respiratório - quais têm sido as iniciativas desta Secretaria?
3. Quer citar algum outro agravo que considera importante na RMGV?
4. Como estas questões chegam às SESA-ES?
5. Como estes problemas aparecem no planejamento desta Secretaria?
6. E no planejamento da microrregião metropolitana? Ou as orientações são repassadas a cada município isoladamente?
7. Quais ações seriam importantes de serem implementadas na próxima gestão municipal, com relação aos agravos citados? (em relação a atual gestão e à futura – 2013 a 2016)
8. Pode citar um exemplo de ação envolvendo outros setores, que tenha relação com os problemas ambientais ou do desenvolvimento?
9. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que apontam como meta para o Estado a redução da mortalidade infantil para abaixo de 5, redução da desigualdade medida pelo índice GINI, em 26% (de 0,557 para 0,412) e o aumento do grau de confiança da sociedade nas instituições públicas capixabas para 70% em 2015, qual está sendo a repercussão nesta Secretaria?
10. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## APÊNDICE B (2)

### **Roteiro de entrevista com Secretário Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos**

1. Quais os problemas de saúde recorrentes no ES, que podem estar relacionados com problemas ambientais?
2. Pode citar exemplos de ações da Secretaria Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos, que tenha relação direta com os problemas de saúde com grande carga ambiental? (Morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarreicas e do aparelho respiratório).
3. Quais devem ser as ações das Secretarias de Saúde dos municípios da RMGV, com relação aos agravos citados?
4. Quais devem ser as ações das Secretarias de Meio Ambiente dos municípios da RMGV, com relação aos agravos citados?
5. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que apresenta como meta o uso sustentável dos recursos naturais e saneamento básico universal, qual está sendo a repercussão nesta Secretaria?
6. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## APÊNDICE B (3)

### Roteiro de entrevista com Secretários Municipais de Saúde Gestão 2009-2012

1. Quais os problemas de saúde recorrentes em seu município, podem estar relacionados aos problemas ambientais?
2. Com relação aos agravos apontados pela OMS, relacionados ao desenvolvimento e ao meio ambiente: morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarreicas e do aparelho respiratório - quais têm sido as iniciativas desta Secretaria?
3. Como estes problemas aparecem no planejamento desta Secretaria? São previstas ações conjuntas (municípios da Microrregião)? De onde parte esta iniciativa?
4. Pode citar um exemplo de ação desta Secretaria, envolvendo outros setores, que tenha relação com os problemas ambientais ou do desenvolvimento?
5. Quais ações seriam importantes de serem implementadas na próxima gestão municipal, com relação aos agravos citados?
6. Pode destacar entre estas ações, da Atenção Primária ou não, aquelas em que a Secretaria já atua nessa gestão ou tem condições no futuro?
7. O que falta para que as ações sejam implementadas?
8. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que apontam como meta para o Estado a redução da mortalidade infantil para abaixo de 5, redução da desigualdade medida pelo índice GINI, em 26% (de 0,557 para 0,412), e o aumento do grau de confiança da sociedade nas instituições públicas capixabas para 70% em 2015, qual está sendo a repercussão nesta Secretaria?
9. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## APÊNDICE B (4)

### Roteiro de entrevista com Secretários Municipais de Saúde

Gestão 2013-2016

1. Quais os problemas de saúde recorrentes em seu município podem estar relacionados aos problemas ambientais?
2. Com relação aos agravos apontados pela OMS, relacionados ao desenvolvimento e ao meio ambiente: morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarreicas e do aparelho respiratório - quais deverão ser as iniciativas desta Secretaria?
3. Como estes problemas aparecem no planejamento desta Secretaria? São previstas ações conjuntas (municípios da Microrregião)? Como estas questões aparecem no Programa de Governo?
4. Pode citar um exemplo de ação prevista por esta Secretaria, envolvendo outros setores, que tenha relação com os problemas ambientais ou do desenvolvimento?
5. Quais ações seriam importantes de serem implementadas nesta gestão municipal, com relação aos agravos citados? (que porventura não esteja prevista)
6. Pode destacar entre estas ações, da Atenção Primária ou não, aquelas em que a Secretaria já atua ou tem condições no futuro?
7. O que falta para que as ações sejam implementadas?
8. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que apontam como meta para o Estado a redução da mortalidade infantil para abaixo de 5, redução da desigualdade medida pelo índice GINI, em 26% (de 0,557 para 0,412), e o aumento do grau de confiança da sociedade nas instituições públicas capixabas para 70% em 2015, qual está sendo a repercussão nesta Secretaria? Apareceu no Programa de Governo?
9. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## APÊNDICE B (5)

### **Roteiro de entrevista com Secretários Municipais de Meio Ambiente**

#### **Gestão 2009-2012 e Gestão 2013-2016**

1. Quais os problemas de saúde recorrentes em seu município, que podem estar relacionados com problemas ambientais?
2. Pode citar exemplos de ações da Secretaria Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos, que tenham relação direta com os problemas de saúde com grande carga ambiental? (morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarreicas e do aparelho respiratório).
3. Quais devem ser as ações das Secretarias de Saúde dos municípios da RMGV, com relação aos agravos citados?
4. Quais devem ser as ações das Secretarias de Meio Ambiente e Recursos Hídricos do ES, com relação aos agravos citados?
5. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que apresenta como meta o uso sustentável dos recursos naturais e saneamento básico universal, qual está sendo a repercussão nesta Secretaria?
6. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## APÊNDICE B (6)

### Roteiro de entrevista com Conselheiros Municipais de Saúde

1. Quais os problemas de saúde recorrentes em seu município podem estar relacionados aos problemas ambientais?
2. Com relação aos agravos apontados com maior carga ambiental: morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarréicas e do aparelho respiratório - quais têm sido as iniciativas desta Secretaria?
3. Quer citar algum outro agravo que considera importante em sua cidade?
4. Pode citar um exemplo de ação da Secretaria Municipal de Saúde envolvendo outros setores, que tenha relação com os problemas ambientais ou do desenvolvimento?
5. Pode destacar entre estas, as que são ligadas à Atenção Primária e/ou Promoção da Saúde?
6. Qual a frequência deste tema em reuniões do Conselho Municipal de Saúde? Qual a origem da demanda?
7. Como estas questões são tratadas em reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
8. Quais ações seriam importantes de serem implementadas na próxima gestão municipal, com relação aos agravos citados?
9. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que aponta como meta para o Estado a redução da mortalidade infantil para abaixo de 5, redução da desigualdade medida pelo índice GINI, em 26% (de 0,557 para 0,412) e o aumento do grau de confiança da sociedade nas instituições públicas capixabas para 70% em 2015, qual tem sido a repercussão neste Conselho? Este relatório é conhecido e foi considerado pelo Conselho?
10. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## APÊNDICE B (7)

### Roteiro de entrevista com Conselheiros Municipais de Meio Ambiente

1. Quais os problemas de saúde recorrentes em seu município podem estar relacionados aos problemas ambientais?
2. Com relação aos agravos apontados com maior carga ambiental: morbidades relacionadas à violência, acidente de trânsito, intoxicações, doenças diarreicas e do aparelho respiratório - quais são as iniciativas desta Secretaria?
3. Como estas questões aparecem no Conselho Municipal de Meio Ambiente? De onde vem a demanda?
4. Quais ações seriam importantes de serem implementadas na próxima gestão municipal, com relação aos agravos citados?
5. A partir dos cenários desenhados pelo Programa Espírito Santo 2025, que apresenta como meta o uso sustentável dos recursos naturais e saneamento básico universal, qual está sendo a repercussão nesta Secretaria?
6. Tem algum outro aspecto que queira acrescentar, destacar ou observar?

## ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

**MUNICÍPIO (ou Estado):** .....**DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Secretário de Saúde - Estado ou Município – Gestão: .....

( ) Secretário de Meio Ambiente - Estado ou Município – Gestão: .....

( ) Conselheiro Municipal de Saúde .....

( ) Conselheiro Municipal de Meio Ambiente.....

( ) Perito/especialista: Instituição e relação com o tema .....

### IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: ..... anos

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão:

Tempo de residência no município:

Período de tempo em que exerceu ou exerce o cargo:

Período de mandato de Conselheiro:

Período de atuação e/ou estudos acerca do tema:

Você teve experiências anteriores no SUS? Quais?

Participa ou já participou de algum movimento ambientalista? Qual? Quando?

## APÊNDICE C

### Roteiro para Grupo Focal

**Pesquisa:** *“Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: análise baseada em cenários para a Região Metropolitana Grande Vitória – ES”*

### **Objetivo do Grupo Focal: (dentro do objetivo específico 2)**

Opinar e debater acerca de temas considerados importantes na formulação das políticas de saúde, que levem em conta a questão ambiental, gerados no discurso dos gestores e conselheiros de saúde e de meio ambiente na Grande Vitória (municípios de maior adensamento populacional).

### **Temas:**

#### **1. Agravos importantes e com grande carga ambiental**

- São o resultado de desequilíbrio ambiental, provocado pelo crescimento desordenado das cidades, sem planejamento urbano, saneamento e gerenciamento de resíduos. Aliados a esta situação está o aumento do uso de drogas, da violência em geral e no trânsito, gerando problemas de saúde.
- Dengue e doenças respiratórias e os diversos agravos por causas externas ocupam grande parte da agenda do gestor, mas as ações de assistência ainda são priorizadas, em detrimento do controle.
- Dificuldade de nexos entre agravos por causas externas e meio ambiente, na prática.
- As cidades tem empreendimentos maiores do que conseguem absorver; geram problemas ambientais e sociais, com consequência na Saúde.

#### **2. A intersetorialidade das ações de saúde sobre agravos relacionados ao meio ambiente**

- A intersetorialidade é importante, dentro e fora da saúde, dentro e fora da esfera municipal.
- Não temos uma gestão metropolitana de fato, só de direito.
- Intersetorialidade induzida pelo Ministério Público e outras instituições.

- A intersectorialidade já é uma realidade em questões pontuais.

### **3. Atuação sobre os problemas citados, necessidades, potencialidades e desafios para o futuro**

- Os municípios estão se preparando para ações da APS, tem condições de atuar em boa parte das ações e deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência de Municipal de Saúde (recente) para orientar seu trabalho
- A saúde se ocupa mais com a assistência do que com a prevenção destes problemas
- Participação (no Conselho Municipal de Saúde) contaminada e tem necessidade de melhorar a representatividade
- O crescimento (e adensamento populacional) das cidades é desordenado
- A presença de instituições sociais e de Saúde interfere na vida da comunidade
- Falta uma política de formação e Educação Permanente para os técnicos das Vigilâncias

### **4. O envolvimento dos municípios com o planejamento das ações do Estado sobre problemas de saúde**

- A participação dos municípios foi pouco expressiva na cenarização e também sem retorno ou esclarecimento posterior
- A saúde não conhece o setor de planejamento do seu próprio município e nem do Estado
- A gestão depende do envolvimento de outras instituições , além do Estado e do Governo Federal
- Presença mais efetiva do Estado, na Regionalização

### **5. As cidades estão despreparadas para o ritmo de crescimento atual.**

## APENDICE D

### Unitarização dos Discursos

#### 1ª etapa de unitarização (BARDIN, 2009): por perguntas e por sujeitos

##### **PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

###### ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- poluição ambiental, gerando as doenças respiratórias - Fumaça de carro, indústrias e especificamente na cidade.  
- questão do ambiente de trabalho.  
- questões relacionadas ao desequilíbrio ambiental, principalmente dengue - Acredito que ela impacte um pedaço muito grande das doenças infecto contagiosas, mais que as doenças respiratórias. Temos que cuidar da Vigilância, da atenção (atendimento) nas Unidades, dos exames de laboratório, sem falar na quantidade de formas graves que tem aparecido e se não ficarmos atentos, a mortalidade pode aumentar. O pior é que ainda não temos muito controle sobre o vetor.

###### UNIDADE

*Na percepção deste gestor os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são dengue (primeiro lugar), doenças respiratórias e problemas relacionados ao ambiente de trabalho (saúde do trabalhador).*

##### **PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

###### ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- Sobre violência e acidentes de trânsito: só temos o núcleo intersetorial que monitora todas as causas externas. O município alimenta um sistema paralelo sobre acidentes de trânsito e todas as causas externas de morte - Temos, por exemplo, a questão da ocupação desordenada do solo - O problema do acidente de trânsito já se localiza aí  
- Sobre diarreia, fazemos o controle e monitoramento das diarreicas agudas e temos a vigilância da qualidade da água.  
- as cardiovasculares, que são muito importantes pra nós. São muito pesadas aqui na gestão. Mas a questão é que os determinantes são de toda ordem. Mas é isso, né? Tem grande carga ambiental e pesa na agenda.  
- A cidade tem muitos conjuntos novos de moradia e a questão ambiental está movimentando muito. Mexer nas pessoas, é complexo. O fato é que temos que reconhecer que o problema ambiental gera vários problemas sociais: desequilíbrio ambiental = novas doenças.

*Na percepção deste gestor dentre os problemas de saúde apontados pela OMS aparecem como de maior importância as doenças cardiovasculares, violências e os acidentes de trânsito.*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado de desequilíbrios ambientais (crescimento da cidade com ocupação desordenada do solo, aumento da circulação de veículos gerando acidentes e poluição, crescimento das atividades industriais, aumento de vetores de doenças) que geram vários problemas sociais e problemas de saúde.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 2.1:

UNIDADE

- ampliação de habitação, uma região de muita necessidade social e tudo, então as casas não tinham nenhuma ..., é, ...não conversava com a natureza.
- E é muito difícil fazer uma harmonia com aquela população, **tem a violência**, tem tudo e ... e realmente estas questões são muito agravadas, geram um problema grave pra saúde;
- MI: *quando vc estratifica, onde você viu que ela continua ainda com números absurdos, (mais de 20)*
- não é só saneamento básico, saneamento básico é a base, óbvio.
- a dengue é um exemplo: como vamos tratar a dengue?
- Onde você chega, que não tem nenhum pensamento de urbanismo, São verdadeiros caos urbanos

*Problema de saúde com carga ambiental são gerados pela falta de planejamento ou sem preocupação com o meio ambiente, urbanismo, saneamento, laser . E em territórios assim ainda tem a violência e mortalidade infantil acima da média do município.*

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 2.1

- As do aparelho respiratório são as campeãs. As doenças respiratórias estão aí e nós temos limites de recursos. É uma coisa absurda.
- Sobre a violência em VVelha, ..., Nossa maior causa de morte desses jovens não são os acidentes de trânsito. São os homicídios. 85% das mortes nesta faixa etária
- Mas as doenças diarreicas a gente monitora e o monitoramento é muito bom porque toda vez que tem um surto a gente dá conta, né?
- E tem a dengue, né, que já falamos

*Entre os agravos apontados pela OMS, as doenças respiratórias são as mais importantes, seguidas da violência, principalmente na faixa estaria jovem. A diarreia não aparece como um problema e a dengue é muito importante ainda*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado da falta de planejamento urbano gerando territórios com índices diferenciados de violência e de MI, doenças respiratórias e a persistência da dengue.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 3.1

UNIDADE

- nossos maiores trabalhos são na Tuberculose e Hanseníase.
- \_ Mas ligado ao problema ambiental é a Hepatite A por causa de lugares com problemas de saneamento.
- \_ Tem também a campeã que e a dengue, né?

*O problemas de saúde que mais aparece para esta gestão são relacionados a falta de saneamento, incluindo a dengue. Mas tem também a TB e Hans*

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 3.1

UNIDADE

- o problema mesmo é a droga – é o crack e outras. Este sim, meu Deus, que problema. Não sei se posso lhe dizer que boa parte dos outros problemas que falamos aqui é resultado do problema da droga.
- estamos começando a conhecer a violência em nosso Estado
- A mesma coisa para o trânsito
- com relação às intoxicações, elas não chegam muito às nossas unidades de saúde; são as agudas que vão para os hospitais do Estado
- Já a diarreia e as doenças respiratórias são problemas que temos aqui independente da droga

*Quando estimulado: o crack é o maior problema e talvez origem dos outros. Entram nesta lista a violência de maneira geral e os acidentes de trânsito. Diarréia e problemas respiratórios também são importantes.*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estão ligados principalmente à droga – violência e acidentes de trânsito; e também à falta do saneamento – dengue e hepatite A - as infecto-contagiosas.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- Dengue, águas paradas prá todo lado
- Nós temos um problema muito sério que é o lixo
- Uma outra coisa é o saneamento básico. Então são doenças geradas pela falta de saneamento básico.

*Para este gestor os maiores problemas de saúde tem origem no mau gerenciamento do resíduo sólido e no saneamento inadequado*

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- A violência urbana de um modo geral e a violência no trânsito. É muito preocupante.
- E tem tudo a ver com a questão da droga e o álcool.
- E tem também a poluição do ar e a poluição sonora.

*Violência urbana geral e mais especificamente no trânsito tem origem no uso do álcool e outras drogas. Aponta também a poluição sonora.*

**Unidade: Para este gestor os principais problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais, no município, estão ligados às drogas ( violência urbana – homicídio de jovens – e no trânsito) e também à falta do saneamento básico, mais especificamente problemas com o lixo.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 1.2

UNIDADE

- O que mais temos hoje é a dengue mesmo, mas já estamos na curva descendente
- o que mais preocupa é o crack – e é um problema do ambiente em que a gente vive. É muito grave
- questão da violência de maneira geral, violência no trânsito e principalmente – e até vai ser primeiro- a violência contra a mulher
- as doenças respiratórias eu vou ter mais casos agora que vai começar o inverno

*A pesar da maior incidência ainda ser da dengue, o que mais preocupa são as consequências da violência geral, contra a mulher e violência no trânsito. E ainda os problemas relacionados ao crack.*

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 1.2

- Pois é; então como eu já falei, já temos programa que vão atacar esta questão da violência, tanto homicídios como acidentes de trânsito, e o trabalho sobre o crack
- São problemas com consequência na saúde, mas que não são da saúde
- E tem, lógico, nossas doenças diarreicas, respiratórias e muitas outras, claro.
- No último gabinete itinerante teve abordagem sobre o pó de minério

*Novamente os problemas de saúde com grande carga ambiental se repetem, destacando a violência geral e no trânsito. Diarreia não representa grande preocupação, e o problema do pó de minério (ligada às doenças respiratórias) começam a aparecer.*

**Unidade: Para este gestor os principais problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais, no município, estão ligados à violência – geral, no trânsito e contra a mulher, com uma preocupação bem acentuada com o uso do crack.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- Muito importante a dengue. Os problemas deste município têm a ver com esta falta de drenagem que é antiga.
- Daqui pra frente vamos ter leptospirose

*Destaca a importância da dengue e relaciona a origem dos problemas de saúde com grande carga ambiental à falta de infraestrutura do município*

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- Desse jeito acho que o que nós mais temos são problemas ambientais
- Temos aqui um grande problema da segurança.
- A dengue já chama atenção

*Quando estimulado mostra preocupação com a segurança e reconhece que os maiores problemas do município são ambientais, com consequências na saúde*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais como a dengue estão relacionados à falta de infra estrutura do município. Reconhece o grande problema da segurança.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

UNIDADE

- É a dengue, né, que tem grande carga ambiental já que foi o desequilíbrio ambiental que trouxe pra cá um vetor que não existia, *Reconhece a falta de saneamento básico como origem dos problemas. Consciência do desequilíbrio ambiental e suas conseqüências na saúde.*
- Ainda temos carência o município do saneamento básico, com algumas doenças de veiculação hídrica
- (os dados apontam para doenças ) que são controláveis por medidas bem simples.

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- homicídio. Até a 2 semanas atrás já eram 80 mortes de jovens principalmente *Aponta o homicídio com um dos principais problemas do município.*
- causas externas

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais têm origem no desequilíbrio ambiental (dengue e outros problemas). Destaca ainda o homicídio.**

**PERGUNTA 1: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- As respiratórias são um problemão aqui *Este conselheiro vê as doenças do aparelho respiratório com mais importantes no município, em função da poluição do ar*
- não tenho dúvida de que se trata da poluição da Vale e da CST
- mas temos visto que não é só do pó de minério, são dos carros.

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- No meu tempo do conselho municipal nunca nos preocupamos se o problema ambiental tem algum impacto da saúde. *IC: Reconhece que ele e o conselho ainda não se preocupavam com estes problemas*
- estou começando a pensar que temos que colocar este assunto em nossa pauta

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais os problemas respiratórios gerados pela poluição do ar.**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- eu observo aqui é o problema respiratório *UNIDADE*
- E tem o acúmulo de lixo, falta de um gerenciamento dos resíduos *Os problemas de saúde, com carga ambiental, tem origem na falta de um gerenciamento adequado dos resíduos. Atribui a isso a dengue a até as doenças diarréicas.*
- A própria dengue é isso -- tem até as diarréicas.

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

**ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2**

ECH:- acidentes de trânsito são ambientais

- Então a violência é de fato um problema muito grave aqui
- O problema é a droga, eu acho

*Entre os agravos elencados pela OMS destaca os acidentes de trânsito, mas reconhece que a violência, de uma maneira geral é muito grave e que tem origem na droga*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais têm origem na falta de um gerenciamento adequado dos resíduos. Destaca também a droga com origem dos problemas de violência com consequência para a saúde**

**PERGUNTA 1: objetivo: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

**ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3**

- a doença mais importante e que está relacionada com problemas de saneamento, meio ambiente, é a dengue
- que ela e outras que dependem de saneamento, cuidados com o lixo, com o esgoto
- na Serra ainda tem problemas de lixo, saneamento, situação que você não ia acreditar
- Que dizer: acredita sim porque tem a poluição da indústria também

*Dengue como principal problema, mas ela e outras estariam relacionadas ao problema do saneamento, cuidados com o lixo e a poluição provocada pela indústria.*

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

**ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3**

- O que eu sei que tem é com relação ao problema da droga
- como faz educação para um jovem que já se perdeu na droga?
- Tenta correr atrás de vaga pra tratar as vítimas.
- os problemas maiores desses que você falou são mesmo a violência, (e) o trânsito.

*Ao ser estimulado lembra que os problemas de uso de drogas são geradores da violência, geral e no trânsito*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estariam relacionadas ao problema do saneamento, cuidados com o lixo e a poluição provocada pela indústria. Destaca também os problemas de uso de drogas são geradores da violência, geral e no trânsito.**

**PERGUNTA 1: percepção de agravos importantes e com grande carga ambiental**

**ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4**

**UNIDADE**

- Número 1: alagamento, número 2: alagamento e número 3: alagamento também.
- Problemas de infra-estrutura. Daí alaga a cidade toda e como resposta, vem um monte de doenças.
- eu posso dizer que o stress vem desta falta de estrutura na cidade
- e aí chega na droga
- e o fim da linha são as doenças: stress, alergia, pneumonia, cardiovasculares
- E fora a dengue – não posso esquecer.

*Na percepção deste conselheiro os maiores problemas são stress, pneumonia, doenças cardiovasculares e a dengue, todas elas relacionadas à falta de estrutura da cidade. Mas destaca a mortalidade por causas violentas*

- se o papo é mortalidade aí a coisa muda. Aí cai nas causas violentas

**PERGUNTA 2: objetivo: percepção (induzida) de agravos importantes e com grande carga ambiental**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- Tem violência – morte violenta, tem acidente de trânsito, tem intoxicações
- Tem as doenças do aparelho respiratório e a diarreia. É, diarreia.
- muito complicado aqui em Cariacica: a gravidez na adolescência.

*Na lista da OMS concorda com a importância de todas elas, e cita ainda o problema da gravidez na adolescência.*

**Unidade: Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estão relacionados à falta de estrutura da cidade. Mas destaca a mortalidade por causas violentas e a gravidez na adolescência.**

**PERGUNTA 3: percepção sobre a intersetorialidade das ações de saúde sobre agravos relacionados ao meio ambiente**

ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- todos os equipamentos públicos se articulam, com vista à análise de situação e ação coletiva sobre seus problemas. Devem ser dentro e fora da saúde
- De vez em sempre ... é a dengue. É uma ação intersetorial forte e é mais geral
- Mas isso é um projeto de Gabinete de Prefeito. Não é uma iniciativa da Semus
- não temos mesmo uma cultura de intersetorialidade
- aqueles programas já em desenvolvimento vão muito bem, já mostram resultados - Então é assim: entra na programação
- Mas a prefeitura não adotou isto ainda como uma política

*É importante a articulação dos setores públicos, dentro e fora da saúde, para planejamento e execução das ações sobre agravos relacionados ao meio ambiente. Atualmente ocorre via Gabinete do prefeito, mas não se configura como política.*

**PERGUNTA 4: Exemplos de ações intersetoriais sobre problemas ambientais**

ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- “Terra Mais Igual” que cuida da ocupação desordenada
- Câmara Territorial que articula nos espaços territoriais administrativos - É um espaço aberto aos setores (não tem participação popular)

UNIDADE

*A intersetorialidade é praticada em Projetos coordenados pelo Gabinete do Prefeito*

**Unidade: É importante a articulação dos setores públicos, dentro e fora da saúde, para planejamento e execução das ações sobre agravos relacionados ao meio ambiente. Atualmente ocorre via Gabinete do prefeito, mas não se configura como política.**

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO GESTOR 2.1

- Consórcios por Região de Saúde, incluindo Cariacica e Viana

- Estado tem uma proposta política (intersectorial) sobre esta questão de violência

As políticas de desenvolvimento não vêm a saúde nem o meio ambiente – sem exemplos legais.

- As Secretarias de Saúde e MA deveriam trabalhar em conjunto, mas é muito cada um em seu canto.

*A intersectorialidade é importante e pode ser feita via consórcios de saúde. Saúde e meio Ambiente deveriam ser incluídos nas políticas de desenvolvimento e trabalharem em conjunto*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO GESTOR 2.1

O que eu estou tentando entrar em parceria com outras secretarias, de outros municípios, que tenham problemas mais próximos.

*Existe experiência intersectorial coordenada pela esfera Estadual, com ações sobre a violência*

**Unidade: A intersectorialidade é importante e pode ser feita via consórcios de saúde e também coordenada pela esfera Estadual – foco na violência. Saúde e meio Ambiente deveriam ser incluídos nas políticas de desenvolvimento e trabalharem em conjunto**

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO GESTOR 3.1

- O problema é quando sai da primária e dependemos do Estado. Nada é definitivo na Regional, até porque ela não existe

- as parcerias aqui dentro do município acontecem muito informalmente

- Quanto a ações mais específicas sobre por exemplo violência e trânsito, tem sido discussão no Gabinete do prefeito

*A intersectorialidade é importante mas acontece informalmente, a não ser as coordenadas pelo Gabinete do prefeito; sobre violência e trânsito. Não existe uma instância regional para esta articulação fora do município.*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO GESTOR 3.1

- Veja no caso da Dengue: a parceria com as Escolas, sejam municipais, estaduais e até privadas, e ainda com a Secretaria de serviços e obras, é fundamental pra o trabalho dar certo. E temos conseguido por boa vontade dos técnicos.

#### UNIDADE

*A intersectorialidade é pontual e depende da boa vontade dos setores envolvidos*

**Unidade: A intersectorialidade é importante mas acontece informalmente, dependendo da boa vontade dos setores envolvidos, a não ser as coordenadas pelo Gabinete do prefeito; sobre violência e trânsito. Não existe uma instância regional para esta articulação fora do município.**

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- O município tem discutido isso, mas não na saúde - temos tentado trabalhar aqui dentro do município envolvendo os outros setores, mas não é um trabalho da saúde. É do gabinete do prefeito

- Nós temos os comitês - porque a saúde precisa da assistência (Secretaria de Assistência Social), a assistência precisa do trabalho, e eles precisam da educação

*As ações aintersectoriais são importantes e devem ser iniciativas do Gabinete do Prefeito*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- Cariacica em Ação, onde tem também o Estado Presente - neste ano ... é o Saúde na Praça, que é um trabalho de informação

- A Sec de MA poderia fazer ações relacionadas ao MA e que vão ter reflexos na saúde.

*Exemplos de ações intersectoriais coordenadas pela esfera Estadual ou pelo gabinete do Prefeito, mas ações da Secretaria de meio Ambiente podem reflexos na saúde*

**Unidade:** As ações intersectoriais são importantes e devem ser iniciativas do Gabinete do Prefeito ou coordenadas pelo Estado – também foco na violência e drogas

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO GESTOR 1.2

- (planejamento refeito ) discussões com a população e depois com os Gabinetes itinerantes

- E com isto, o que aparece mesmo é a violência e os outros problemas de saúde, na maioria estão relacionados a ela. - temos até outras secretarias fora município, ou seja, do Estado

*Ações intersectoriais por iniciativa do Gabinete do prefeito, envolvendo setores dentro e fora do município; sobre violência e drogas.*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO GESTOR 1.2

-- Da violência contra a mulher -, no caso do crack estão envolvidos muitos setores

- o trabalho sobre os acidentes de trânsito, que envolve o Detran é uma iniciativa da OMS, do Projeto Vida no Trânsito

#### UNIDADE

Intersetorialidade coordenada pelo Gabinete do Prefeito, sobre drogas, violência em geral, violência contra a mulher e trânsito.

**Unidade:** As ações intersectoriais são importantes e têm sido iniciativas do Gabinete do Prefeito ou coordenadas pelo Estado –foco na violência geral e no trânsito, violência contra mulheres e drogas

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- já temos uma conversa com outras secretarias porque a prefeitura nos aproxima quando vai contratar serviços (mas ainda assim é pontual)
- , mas temos a ideia de envolver outras secretarias no nosso planejamento.
- Espero que o Estado esteja mais disponível pra Vila Velha

*Aintersectorialidade é praticada via Gabinete do Prefeito e sendo planejada também por iniciativa da Secretaria de saúde.*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- Sabemos que o trabalho da dengue vai continuar
- já estamos em conversa sobre a limpeza dos valões, algumas ações nas comunidades, mas ainda sem um planejamento nosso mesmo.

*Iniciando o planejamento de ações intersectoriais*

**Unidade: A intersectorialidade é importante, tem sido praticada via Gabinete do Prefeito e entra no planejamento da Secretaria de Saúde**

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- programas traçados na transição já estão em plena efetivação em função da urgência da situação, principalmente de segurança
- e os que não pararam, como o controle da dengue
- começamos a conversar com o Estado sobre o controle da qualidade do ar

*Iniciando planejamento de ações intersectoriais, envolvendo esfera Estadual e dando continuidade a ações da rotina, como controle da dengue.*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- temos já ações intersectoriais, dentro e fora da prefeitura, com relação às causas externas, mas o foco na droga e homicídio
- Estado tem a Coordenação de várias ações e programas – como o controle de vetores
- relação às causas externas ele tem um programa forte, que é o Estado Presente
- A saúde tem nos pautado na questão do crack , em função do programa federal, né?

*Ações intersectoriais dentro e fora do município, com foco na droga e homicídio e outras causas externas.*

**Unidade: As ações intersectoriais são importantes, são pautadas dentro e fora do município, com a participação efetiva da saúde e com foco na droga, homicídio e outras causas externas.**

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- aqui no Conselho nenhuma questão que relacione saúde e M.A. foi discutida
- Mas deveria. Deveriam ser integradas. Essa história de cada setor cuida de seus problemas já está fora de questão. Não pode existir mais isso

#### UNIDADE

*Compreende a necessidade de debater no conselho, ações setoriais sobre agravos relacionados ao meio ambiente*

#### PERGUNTA 4

##### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- Confesso que aqui o trabalho é dengue, dengue, dengue.... *Reconhece que o trabalho inetersectorial se restringe ao combate à dengue*
- Mas não discutimos agravos relacionados ao meio ambiente. Parece que isso não é nosso, né?

**Unidade:** As ações integradas sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde e não ficar restritas ao combate à dengue

#### PERGUNTA3

##### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- Aparece aqui quando entra no Pacto,mas não e da mesma forma como você coloca
- se a gente tivesse pensado neste sentido antes do programa da população em situação de rua, eu já teria chamado o meio ambiente *É importante planejar ações intersectoriais para determinados problemas, por exemplo para a população na rua.*

#### PERGUNTA 4

##### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- A secretaria tem uma ação sobre as drogas com ação social, tem até o consultório na rua, já passou pelo conselho aqui *Ações inersetorias com relação à droga e ao Meio Ambiente*
- tem saído aqui no conselho, são a ações com relação à droga. E tem até com o meio ambiente

**Unidade:** As ações intersectoriais sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e devem ter o foco nas drogas e no meio ambiente

#### PERGUNTA 3

##### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

- É uma pequena demanda deste tipo de discussão aqui no Conselho
- discutir problemas de violência, trânsito, meio ambiente, nem tem assunto. Mas isso é muito importante.
- O negócio ali é que não tem exame de dengue na unidade, que não tem médico disso numa região, daquilo na outra

##### UNIDADE

*O Conselho ainda não discute ações intersectoriais*

#### PERGUNTA 4

##### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

- Só ... com ação social por conta da droga
- tem alguma coisa com a educação quando é a parte da vacina, tem com o ministério da saúde *Exemplo de ação intersectorial sobre o problema das drogas*

**Unidade:** As ações intersectoriais sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde, principalmente sobre as drogas.

### PERGUNTA 3

#### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- Acho que nunca discutimos sobre estas doenças no Conselho
- No máximo já discutimos assim o número de mortes por homicídio, acidentes de trânsito, mas sempre esperando que a segurança, que a polícia faça alguma coisa pra diminuir
- que nós precisamos de mais vagas nos hospitais, mais médicos na unidade

*O conselho conhece os dados sobre mortalidade por homicídio mas ainda não discutiu ações relacionadas ao meio ambiente*

### PERGUNTA 4

#### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- ECH: - Cariacica em ação mesmo, né? Entram várias secretarias
- . Mas tem também o Ministério e o Estado. Não sei como eles envolvem mas sei que tem sempre coisas sendo feitas aqui

*IC: Reconhece ações envolvendo outras secretarias e o Ministério da Saúde*

**Unidade: As ações intersetoriais são importantes, envolvem o Ministério da Saúde e outras Secretarias. O Conselho conhece alguns dados, mas nunca discutiu estas ações.**

### PERGUNTA 5: Ações atuais sobre os problemas citados e compromissos assumidos para o futuro

(existência ou potencialidade)

#### ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- Falta fazer um debate sobre como a questão ambiental interfere na saúde; o município tem condições de fazer isso.
- a professora sabe que uma criança que tem muita vulnerabilidade, dorme na cozinha, num papelão; Precisamos agir sobre todos os aspectos que interferem na saúde desta criança.
- A agente comunitária sabe de tudo isto, vê isso, informa, e acaba tendo uma repercussão automática, mas não é uma política

#### UNIDADE

*Este gestor reconhece que é possível que as ações envolvam diversos setores, mas é necessário que seja uma política*

### PERGUNTA 6: (capacidade de resposta técnica municípios ou região) Ações necessárias, no cenários futuro

#### ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- Tenho medo que isso se interrompa. De certa forma estamos acumulando, temos alguma vitória, de emergência
- São pontuais. E desse modo ficam susceptíveis no futuro. A intersectorialidade é pontual - não é uma política
- Não está no nosso plano, não está nos documentos, só estará na nossa prestação de contas. Pode se perder

*As ações devem fazer parte de uma política para que as ações sejam permanentes.*

**PERGUNTA 7: Desafios para o futuro, em relação aos problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais**

ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- Há quanto tempo escutamos o discurso de gestão voltada para a prevenção, promoção, etc. E é assim que planejamos. Mas como organizar a APS, com este gargalo terrível da média complexidade?
- ainda não é definitiva a solução mas estamos iniciando o diagnóstico pra chegarmos a uma política
- Tem uma parte do Estado (da Secretaria de Saúde) que puxa a discussão metropolitana

*É necessário sair do discurso e também envolver o Estado em ações de abrangência regional \_ Região Metropolitana.*

**Unidade:** Este gestor reconhece que é possível que as ações envolvam diversos setores, mas é necessário que seja uma política sejam permanentes, envolvendo também o Estado em ações de abrangência regional \_ Região Metropolitana

**PERGUNTA 5: Ações atuais sobre os problemas citados e compromissos assumidos para o futuro (existência ou potencialidade)**

ENTREVISTADO GESTOR 2.1

- A saúde está preparada (bem preparada) para vários problemas. Mas a questão é que ficamos parados na média complexidade.
- Definimos nossos problemas prioritários, que são a redução da mortalidade materna e infantil, câncer de colo de útero e mama e doenças cardiovasculares
- vou procurar todos os outros secretários e solicitar que participem conosco do nosso p. Estratégico

*A saúde pode atacar boa parte de seus problemas mas tem o gargalo da média complexidade.*

**PERGUNTA 6: (capacidade de resposta técnica municípios ou região) Ações necessárias, no cenários futuro**

ENTREVISTADO GESTOR 2.1

- a Atenção Primária, com esta intersetorialidade tem condições de atacar muitos destes problemas ... que vão para os PAs

UNIDADE

*A APS do município precisa da intersetorialidade.*

**PERGUNTA 7: Desafios para o futuro, em relação aos problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais**

ENTREVISTADO GESTOR 2.1

- E teve uma audiência pública provocada por um vereador sobre a poluição do ar. Porque colocamos que na nossa prestação de contas colocamos que nossa maior causa de internações são as respiratórias

*: Doenças respiratórias como maior causa de internação.*

**Unidade:** A saúde está preparada para atacar os problemas ( APS) , mas tem o gargalo da média complexidade. Precisa da participação de outros setores para auxiliá-la na redução de diversos agravos, com foco nas doenças do aparelho respiratório.

## **PERGUNTA 5**

### **ENTREVISTADO GESTOR 3.1**

- eu queria muito poder fazer estas parcerias mais ..., de modo mais efetivo
  - como otimizar nessa falta ( de recursos) que teve nos anos todos que se passaram sem nenhum investimento
  - E tudo deveria começar pela droga. Droga x educação de qualidade.
- As parcerias devem ser feitas de forma mais efetiva, com foco na droga e na educação de qualidade.*

## **PERGUNTA 6**

### **ENTREVISTADO GESTOR 3.1**

- estou falando muito da Atenção primária e acho que é nela mesmo que a gente tem que se centrar
  - É fazer um planejamento legal, é chamar todos pra participar, porque não sou eu que sei o que cada comunidade precisa.
- Então assim, a gente precisa mergulhar mais nesta gestão, ter mais força pra tocar o que for decidido
- A APS precisa chamar do envolvimento da comunidade para o planejamento das ações*

## **PERGUNTA 7**

### **ENTREVISTADO GESTOR 3.1**

- mudar a ocorrência de determinadas doenças que são sensíveis à APS
  - Ações de envolvimento da gestão
  - não temos grande apoio do Estado
  - Falta recurso financeiro, claro
- UNIDADE**
- O município precisa mais recurso financeiro e de mais apoio do Estado para cuidar de problemas que são sensíveis à APS*

**Unidade: As parcerias devem ser feitas de forma mais efetiva, com participação da comunidade no planejamento. O município precisa mais recurso financeiro e de mais apoio do Estado para cuidar de problemas que são sensíveis à APS**

## **PERGUNTA 5**

### **ENTREVISTADO GESTOR 4.1**

- Temos trabalhado aqui a territorialização, com a participação do Estado e do Ministério da Saúde e com a UFES
  - já discutindo agora com os trabalhadores e com as lideranças comunitárias
- O município tem parcerias com a esfera Estadual e com a Federal ; e está discutindo com trabalhadores e lideranças comunitárias.*

## **PERGUNTA 6**

### **ENTREVISTADO GESTOR 4.1**

- E são todas estas questões do dia-a-dia
- As ações são as do dia-a-dia.*

## PERGUNTA 7

### ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- O Estado nunca trouxe nenhum tipo de ajuda, nem pra debater, nem pra sugerir
- E que eu saiba não tem nada desta preocupação específica com a questão ambiental
- Então, falta sim, apoio do Estado e também uma forma de conseguirmos mais envolvimento de todos aqui, porque os problemas maiores são da Região toda

*O município precisa apoio do Estado para enfrentamento de problemas que são da Região Metropolitana.*

**Unidade: Embora o município tenha parcerias com o Estado e Governo Federal, precisa mais apoio para enfrentamento de problemas que são Regionais.**

## PERGUNTA 5

### ENTREVISTADO GESTOR 1.2

- Então estamos preparando ações conjuntas com quase todos os outros setores do município, com outros setores do governo do Estado
- iniciativa dos trabalhos sobre a violência não é da saúde, mas a saúde está envolvida - tem entrado com os dados
- o que vamos mesmo cuidar é da intersetorialidade das ações com relação a estes agravos oriundos de problemas ambientais

*O município está se preparando para ações sobre a violência, e outros agravos oriundos dos problemas ambientais, em parceria com o Estado.*

## PERGUNTA 6

### ENTREVISTADO GESTOR 1.2

- Penso que todas estas ações são de Atenção Primária
- temos algumas ações que já acontecem, mas por exemplo, com relação ao crack, aos cidadãos em situação vulnerável
- já fizemos uma conversa, nós quatro dos maiores municípios da Região Metropolitana, com a seguinte questão: como fazer uma saúde metropolitana

### UNIDADE

*São ações da APS, mas devem envolver os municípios da Região Metropolitana*

## PERGUNTA 7

### ENTREVISTADO GESTOR 1.2

- Ainda não sei lhe dizer se teremos problemas em implementar porque estamos fazendo tudo muito pé no chão
- temos a previsão de restrições mais sérias no próximo ano
  - vão faltar profissionais, deixar as Unidades Básicas abertas até 22h

*Temos previsão de restrição financeira e isto pode gerar problemas na implantação das ações desta gestão.*

**Unidade: O município está se preparando para ações sobre a violência e outros agravos oriundos dos problemas ambientais, em parceria com o Estado e municípios da Região Metropolitana, mas pode ter problemas na implantação, por restrições financeiras.**

### PERGUNTA 5

ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- uma ação possível neste momento é o incremento do controle da dengue - Já organizamos uma parceria com os serviços urbanos, alguns setores organizados da comunidade *Restritos ainda ao controle da dengue*

### PERGUNTA 6

ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- Essa expansão da APS, *A prioridade sobre a violência e saúde, mas ainda no aspecto da assistência*  
- o atual governo tem 2 prioridades: segurança e saúde  
- a agente vai montar a assistência (médica) primeiro nesses lugares (vulneráveis)

### PERGUNTA 7

ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- falta mesmo só acabarmos este levantamento, fazer nosso planejamento aqui, levar para o planejamento geral de prefeitura *Está em fase de diagnóstico*

**Unidade: Embora a prioridade do governo municipal seja sobre a violência e saúde, ainda está em fase de diagnóstico, cuidando mais especificamente da assistência médica em lugares mais vulneráveis e do controle da dengue.**

### PERGUNTA 5

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- Este é um município múltiplo. A primeira ação diferenciada, é, sem sobra de dúvida, um diagnóstico. Toda a área da saúde, ação social, educação, enfim, um diagnóstico que vá mais fundo *UNIDADE  
Todos os setores do município estão fazendo um profundo diagnóstico*

### PERGUNTA 6

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- Podemos listar aí de tudo que falei, é só APS *Centralizando na APS*

### PERGUNTA 7

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- só nos falta mais segurança em termos do dinheiro do município por causa da surpresa dos Royalties *Pode ter problemas de implantação em função das restrições financeiras previstas.*

**Unidade: O município está em fase de diagnóstico, focado na APS, mas com previsão de restrições financeiras**

### PERGUNTA 5

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- Vamos fazer o planejamento depois da conferência. Eu não teria como lhe dizer agora *Em fase de conferência para depois fazer o Plano para a nova gestão municipal*

## PERGUNTA 6

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- Acho que são (serão) todas da Atenção primária
- Tentar fazer entrar tudo isso no aprendizado da vida das pessoas. Educação de verdade

*Com ênfase na APS*

## PERGUNTA 7

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- Eu acho que tem algumas coisas desta educação que é o SUS que tem que fazer

*O SUS deve fazer parte em alguns aspectos da educação*

**Unidade: A Secretaria de Saúde está em fase de conferência de Saúde para o planejamento, focado na APS, mas também deve atuar em setores da educação**

## PERGUNTA 5

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- E o conselho tem como puxar essa forma de trabalho (integradas). Já estamos até tratando de alguns envolvimento
- esta questão da conferência de Saúde Ambiental, trazer as diretrizes da conferência pra ver o que podemos montar aqui

*A saúde deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental para orientar o trabalho*

## PERGUNTA 6

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- É, são da Atenção Básica sim. Nem sei quais são das outros níveis de atenção

UNIDADE

*Com foco na APS*

## PERGUNTA 7

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- Eu acho que o município tem condições de fazer aquelas ações integradas sobre aqueles problemas ambientais

*O município tem condições de executar ações integradas sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente*

**Unidade: A Secretaria de Saúde tem condições de executar as ações necessárias na APS e deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental para orientar o trabalho.**

## PERGUNTA 5

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

- Eu acho que tem umas coisas dos serviços urbanos que podiam até fazer junto com a Vigilância ambiental
- ta cheio de gente da droga, vira violência, num lugar que podia ser de laser.
- Acho que se colocasse força nesta limpeza geral, dava mais vontade de viver aqui

*Propõe ações de Saneamento e Vigilância Ambiental para os problemas, inclusive droga e violência.*

## PERGUNTA 6

### ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

- O pessoal da vigilância e o pessoal da Saúde da Família podem cuidar de muitas destas coisas, mas não pode tudo

*Inclusão da Saúde da Família*

- Já pensou, você ir conversar com as pessoas e falar sobre os perigos da mão suja, e isto resolver umas doenças nas casas?

#### **PERGUNTA 7**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

- Falta este prefeito acreditar na Saúde da Família *Propõe maior envolvimento do Conselho*  
- Isto eu sei porque precisava ter a ata do conselho no meio do documento, aí eles levam pro conselho.

**Unidade: Propõe ações de Saneamento e Vigilância Ambiental para os problemas, inclusive droga e violência, com maior envolvimento do Conselho.**

#### **PERGUNTA 5**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- é de um trabalho sobre a saúde do trabalhador do município. Dos servidores *São necessárias ações sobre a saúde dos servidores municipais e a gravidez na adolescência*  
- eu vou falar da gravidez na adolescência. Isto é um problema que ainda precisamos entender e resolver

#### **PERGUNTA 6**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- estou o tempo todo pensando só na Atenção Primária *UNIDADE*  
- Então posso dizer que o controle da dengue, por exemplo, *Todas na APS* é assim  
- E tem também 'Cariacica em ação': tudo que fazemos neste programa é da APS.

#### **PERGUNTA 7**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- acho que está faltando serem implementadas as ações que nós vamos tirar do diagnóstico do 'Cariacica em Ação' *Município em fase de diagnóstico, mas devem ser de saneamento e sobre as drogas.*  
- Eu acho que vai ficar tudo dentro do saneamento e da droga *Não sabe qual a parte da saúde*  
- Aí, agora, eu já não sei qual vai ser a parte da saúde

**Unidade: Embora não saiba como a saúde deve agir sobre os problemas de saúde relacionados ao meio ambiente, sugere que devem ser focadas no saneamento e nas drogas.**

**PERGUNTA 8: percepção dos atores municipais sobre o envolvimento dos municípios com o planejamento das ações do Estado sobre problemas de saúde relacionados com o meio ambiente**

ENTREVISTADO GESTOR 1.1

- Nada disso chegou, institucionalmente até nós *O planejamento da Esfera Estadual não chega à esfera municipal, nem às instâncias afins como CIB e COSEMS*  
- Será como o Estado pretende chegar a um cenário tão bacana sem a participação dos municípios?  
- Nem na CIB, nem no Cosems estamos sabendo disso

**Unidade: O planejamento da Esfera Estadual não chega à esfera municipal, nem às instâncias afins como CIB e COSEMS**

## PERGUNTA 8

### ENTREVISTADO GESTOR 2.1

- Infelizmente quem planeja não é quem faz. Ainda é assim mas isso não pode ficar *O município não participa das do planejamento do Estado*
- Não estou criticando esta proposta, ela é maravilhosa. Mas não fomos chamados a participar

**Unidade: O município não participa das do planejamento do Estado**

## PERGUNTA 8

### ENTREVISTADO GESTOR 3.1

- Eu nem sabia deste plano. Quer dizer, agora recentemente eu vi na televisão uma propaganda o ES em ação, acho que é sobre o planejamento para 2030 *Os municípios não foram envolvidos e ainda se organizam a curto prazo.*
- Posso te afirmar que ninguém aqui da Secretaria está envolvido com isto. Eu até gostaria muito
- Só que as ações tem que ser pensadas a longo prazo e por aqui, que eu saiba, estamos pensando pra ontem, puxa!

**Unidade: Os municípios não foram envolvidos e ainda se organizam a curto prazo.**

## PERGUNTA 8

### ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- O Estado acha que é fácil, mas não é fácil não
- Estou sabendo do Plano, mas pensava que ainda estivesse no planejamento, que a gente ia ser chamado - Ninguém veio nem perguntar se podemos, se queremos ou se concordamos *Não vai ser fácil atingir estas metas sem o envolvimento dos municípios*
- Quem não quer? Reduzir a desigualdade, acreditar na instituição pública? Tudo que eu quero

**Unidade: Não vai ser fácil atingir estas metas sem o envolvimento dos municípios**

## PERGUNTA 8

### ENTREVISTADO GESTOR 1.2

- Eu conheço este trabalho, mas não chegou a mim como secretária, nem à gestão municipal *É um plano ousado para o futuro mas o município ainda não tem no planejamento*
- Mas sobre o que você perguntou, ainda não traçamos nada porque ainda não faz parte do nosso plano
- Posso lhe dizer que é uma ideia ousada de futuro

**Unidade: É um plano ousado para o futuro mas o município ainda não tem no planejamento**

## PERGUNTA 8

### ENTREVISTADO GESTOR 2.2

- Sei que tem a Agenda ES, mas não sabia que se tratava de um plano *Houve participação pouco expressiva do município mas sem retorno ou esclarecimento posterior*
- fizeram oficinas, vários atores, um monte de gente mas eu não me lembro de ter entrado no detalhe de metas
- *(participou em outro município)* As oficinas não foram muito bem explicadas. Tanto que nossa meta lá saiu como prioridade a construção de um matadouro municipal para toda a região. Imagina, nós não temos mais este problema de carne clandestina

- Ou seja, não há uma intersetorialidade, ou pelo menos o estado não trouxe esta demanda pra nós

**Unidade: Houve participação pouco expressiva do município mas sem retorno ou esclarecimento posterior**

**PERGUNTA 8**

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- Eu sei que tem um trabalho aqui de agenda - Acho estas metas super ousadas  
- O fato é que isso não nos chega vindo do Estado, com o intuito de nos envolver pra atingir a meta

*É uma agenda ousada do Estado, que não envolveu os município*

**Unidade: É uma agenda ousada do Estado, que não envolveu os municípios**

**PERGUNTA 8**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

UNIDADE

- Nunca chegou aqui nada sobre isto. Eu já vi isso em jornal, ES 2025, mas pra dizer a verdade nem vi com esta importância toda  
- . Essa mortalidade infantil é possível? Eu não sei não

*Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde*

**Unidade: Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde**

**PERGUNTA 8**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- Não. Assim nos informando que tem este plano, que temos que nos organizar para alcançar isto ou aquilo, não

*Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde*

**Unidade: Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde**

**IAD 1 – PERGUNTA 8**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

ECH: - No conselho nunca chegou nada disso  
- O pessoal da Secretaria de promoção Social tem falado nesta história de desigualdade social, mas de fato, eu não sei se é por causa desta proposta. É uma coisa que a gente precisa cuidar mesmo, essa coisa da desigualdade.

*IC: Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde*

**IC das respostas à pergunta 8: Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde**

## **PERGUNTA 8**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 4

- nem nunca ouvi falar. Agora, se querem baixar a MI assim eu acho que deviam então cuidar mais dos hospitais pra o parto *Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde*

**Unidade: Este trabalho não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde**

## **PERGUNTA 9 O que tem a acrescentar?**

ENTREVISTADO GESTOR 4.1

- Eu estou muito preocupado com a dengue, sabe? *As ações mais importantes devem ser de efetivo combate à dengue.*

## **PERGUNTA 9**

ENTREVISTADO GESTOR 1.2

Então, assim, a violência é o nosso maior problema e como problema ambiental que afeta a saúde, é o nosso nó. É isso! *As ações mais importantes devem ser de combate à violência.*

## **PERGUNTA 9**

ENTREVISTADO GESTOR 3.2

- Eu acho que o mais importante aqui é mesmo a violência. E tenho certeza de que estamos longe de ter informações precisas - e não é a toa que o primeiro eixo do governo municipal está em cima disso *As ações mais importantes devem ser de combate à violência.*

## **PERGUNTA 9**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 1

- Eu quero ver um SUS de verdade, totalmente público, de qualidade, porque eu sei que damos conta

## **PERGUNTA 9**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 2

- mas queria só reforçar o problema das doenças respiratórias e sobre a dengue. Temos um avanço, mas ainda temos mais casos do que gostaríamos *As ações mais importantes devem ser de combate às doenças respiratórias e à dengue.*

## **PERGUNTA 9**

ENTREVISTADO CONSELHEIRO 3

- Quero dizer que a cidade está despreparada para isto tudo que está acontecendo. Acho um absurdo que uma cidade onde estão chegando um monte de empresas novas, emprego, ainda tenha os bolsões de pobreza *As cidades estão despreparadas para o ritmo de crescimento atual.*  
- Acho que esta cidade tem que se planejar melhor. Não é só na saúde, não. Esta é a tal diferença social e que é fácil este povo ficar de cabeça virada para a droga, para o dinheiro fácil, para a violência

**Unidade: As cidades estão despreparadas para o ritmo de crescimento atual. As ações mais importantes devem ser de combate à violência, as drogas e o efetivo combate à dengue.**

## APÊNDICE E

### Unidades agregadas por subtemas - separando conselheiros de gestores

#### **Subtema 1: percepção sobre a origem e ocorrência de agravos importantes e com grande carga ambiental**

##### **Gestores**

**G 1.1:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado de desequilíbrios ambientais (crescimento da cidade com ocupação desordenada do solo, aumento da circulação de veículos gerando acidentes e poluição, crescimento das atividades industriais, aumento de vetores de doenças) que geram vários problemas sociais e problemas de saúde.

**G 2.1:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado da falta de planejamento urbano gerando territórios com índices diferenciados de violência e de MI, doenças respiratórias e a persistência da dengue.

**G 3.1:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estão ligados principalmente à droga – violência e acidentes de trânsito; e também à falta do saneamento – dengue, hepatite A - as infectocontagiosas.

**G 4.1:** Para este gestor os principais problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais, no município, estão ligados às drogas (violência urbana – homicídio de jovens – e no trânsito) e também à falta do saneamento básico, mais especificamente problemas com o lixo.

**G 1.2:** Para este gestor os principais problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais, no município, estão ligados à violência – geral, no trânsito e contra a mulher, com uma preocupação bem acentuada com o uso do crack.

**G 2.2:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais como a dengue estão relacionados à falta de infraestrutura do município. Reconhece o grande problema da segurança

**G 3.2:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais têm origem no desequilíbrio ambiental (dengue e outros problemas). Destaca ainda o homicídio.

**Conclusão Gestores A:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado de desequilíbrio ambiental, provocado pelo crescimento desordenado das

cidades (população, veículos e atividades industriais), sem planejamento urbano, saneamento e gerenciamento de resíduos.

**Conclusão Gestores B:** Aliados a esta situação está o aumento do uso de drogas, especialmente o crack, da violência em geral, especialmente com os homicídios, e no trânsito, gerando problemas de saúde. Sem falar na dengue que já é um problema antigo e no aumento de doenças cardiovasculares.

### **Discurso Gestores**

**A:** Estes agravos vêm das questões relacionadas ao desequilíbrio ambiental, principalmente dengue. Acredito que ela impacte um pedaço muito grande das doenças infecto contagiosas, mais que as doenças respiratórias. O pior é que ainda não temos muito controle sobre o vetor. O crescimento da cidade, a poluição do ar vem gerando as doenças respiratórias - Fumaça de carro, indústrias e especificamente na cidade.

A cidade tem muitos conjuntos novos de moradia e a questão ambiental está movimentando muito. Mexer nas pessoas, é complexo. Sem planejamento urbano tem ocupação desordenada do solo, aglomerados de pessoas.

**B:** O problema do acidente de trânsito já se localiza aí. Tem também à falta do saneamento básico, mais especificamente problemas com o lixo. Assim aparece a diarreia, que depende da vigilância da qualidade da água. E doenças cardiovasculares são muito pesadas aqui na gestão. Mas a questão é que os determinantes são de toda ordem. Tem grande carga ambiental e pesa na agenda. O fato é que temos que reconhecer que o problema ambiental gera vários problemas sociais: desequilíbrio ambiental = novas doenças.

### **Conselheiros:**

**Cons 1:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais os problemas respiratórios gerados pela poluição do ar.

**Cons 2:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais têm origem na falta de um gerenciamento adequado dos resíduos. Destaca também a droga com origem dos problemas de violência com consequência para a saúde.

**Cons 3:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estariam relacionadas ao problema do saneamento, cuidados com o lixo e a poluição provocada

pela indústria. Destaca também os problemas de uso de drogas são geradores da violência, geral e no trânsito.

**Cons 4:** Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estão relacionados à falta de estrutura da cidade. Mas destaca a mortalidade por causas violentas e a gravidez na adolescência.

**Conclusão Conselheiros:** A ideia central dos conselheiros é que os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais estariam relacionados à poluição provocada pela indústria, destacando a poluição do ar, à falta do saneamento, do adequado gerenciamento dos resíduos. Destacam também os problemas de uso de drogas são geradores da violência.

### **Discurso Conselheiros**

**A:** Não tenho dúvida de que se trata da poluição do ar, que não é só do pó de minério, são dos carros e também das indústrias. Os municípios ainda têm problemas de saneamento, gerenciamento do lixo e esgoto. A própria dengue vem disso.

**B:** E tem ainda o problema da droga, que gera violência. E os acidentes de trânsito, que são problemas do ambiente. Quando se trata de mortalidade, então a violência é de fato um problema muito grave aqui

### **Gestores e conselheiros - Subtema 1: percepção sobre a origem de agravos importantes e com grande carga ambiental**

Os problemas de saúde relacionados aos problemas ambientais são o resultado de desequilíbrio ambiental, provocado pelo crescimento desordenado das cidades (população, veículos e atividades industriais), sem planejamento urbano, saneamento e gerenciamento de resíduos. Aliados a esta situação está o aumento do uso de drogas, da violência em geral e no trânsito, gerando problemas de saúde.

**DISCURSO:** Estes agravos vêm das questões relacionadas ao desequilíbrio ambiental, principalmente dengue. Acredito que ela impacte um pedaço muito grande das doenças infecto contagiosas, mais que as doenças respiratórias. O pior é que ainda não temos muito controle sobre o vetor. O crescimento da cidade, a poluição do ar vem gerando as

doenças respiratórias - Fumaça de carro, indústrias e especificamente na cidade. Não tenho dúvida de que se trata da poluição do ar, que não é só do pó de minério, são dos carros e também das indústrias. Sem planejamento urbano tem ocupação desordenada do solo, aglomerados de pessoas. A própria dengue vem disso. E tem ainda o problema da droga, que gera violência. E os acidentes de trânsito, que são problemas do ambiente.

**Subtema 2: percepção sobre a intersetorialidade das ações de saúde sobre agravos relacionados ao meio ambiente – se ocorre, importância e exemplos de ações.**

**Gestores:**

**G 1.1:** É importante a articulação dos setores públicos, dentro e fora da saúde, para planejamento e execução das ações sobre agravos relacionados ao meio ambiente. Atualmente ocorre via Gabinete do prefeito, mas não se configura como política.

**G 2.1:** A intersetorialidade é importante e pode ser feita via consórcios de saúde e também coordenada pela esfera Estadual – foco na violência. Saúde e Meio Ambiente deveriam ser incluídos nas políticas de desenvolvimento e trabalharem em conjunto

**G 3.1:** A intersetorialidade é importante mas acontece informalmente, dependendo da boa vontade dos setores envolvidos, a não ser as coordenadas pelo Gabinete do prefeito; sobre violência e trânsito. Não existe uma instância regional para esta articulação fora do município.

**G 4.1:** Para este gestor as ações intersetoriais são importantes e devem ser iniciativas do Gabinete do Prefeito ou coordenadas pelo Estado – também foco na violência e drogas

**G 1.2:** Para este gestor as ações intersetoriais são importantes e têm sido iniciativas do Gabinete do Prefeito ou coordenadas pelo Estado –foco na violência geral e no trânsito, violência contra mulheres e drogas

**G 2.2:** A intersetorialidade é importante, tem sido praticada via Gabinete do Prefeito e sendo planejada também por iniciativa da Secretaria de Saúde

**G 3.2:** As ações intersetoriais são importantes, são pautadas dentro e fora do município, com a participação efetiva da saúde e com foco na droga, homicídio e outras causas externas.

**G 4.2:** não respondeu

**Conclusão Gestores:** A intersectorialidade é importante, dentro e fora da saúde, dentro e fora da esfera municipal, para planejamento e execução das ações sobre agravos relacionados ao meio ambiente. Pode acontecer via Gabinete do prefeito, mas também por iniciativa da Secretaria de Saúde e deve se configurar como política. O foco atual deve ser droga, violência geral, no trânsito e contra mulheres.

### **Discurso Gestores**

Entendo que a intersectorialidade deve acontecer dentro da esfera da saúde, mas principalmente fora. Ela é importante pra todos os setores. Aqui dentro nós já entendemos que essa história de que cada setor cuida de seus problemas já está fora de questão. Não pode existir mais isso. Só que na prática ainda é assim. Estas ações tem sido um projeto de Gabinete de Prefeito e não uma iniciativa da Semus (Secretaria Municipal de Saúde). Isto porque a Prefeitura não adotou como uma política. Não temos mesmo uma cultura de intersectorialidade. Aqueles programas já em desenvolvimento, que mostram resultados, entram na programação seguinte. Mas é possível intersectorialidade via Secretaria de Saúde. Veja no caso da Dengue: a parceria com as Escolas sejam municipais, estaduais e até privadas, e ainda com a Secretaria de serviços e obras, é fundamental pra o trabalho dar certo. E temos conseguido por boa vontade dos técnicos. Temos também exemplos de parcerias possíveis fora da esfera municipal e da Estadual: o trabalho sobre os acidentes de trânsito, que envolve o Detran é uma iniciativa da OMS, que chega via Ministério da Saúde. O foco atual deve ser droga, violência geral, no trânsito e contra mulheres.

### **Conselheiros:**

**Cons 1:** As ações integradas sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde e não ficar restritas ao combate à dengue

**Cons 2:** As ações intersectoriais sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e devem ter o foco nas drogas e no meio ambiente

**Cons 3:** As ações intersectoriais sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde, principalmente sobre as drogas.

**Cons 4:** As ações intersetoriais são importantes, envolvem o Ministério da Saúde e outras Secretarias. O Conselho conhece alguns dados, mas nunca discutiu estas ações.

#### **Conclusão Conselheiros:**

A ideia central dos conselheiros é que as ações integradas sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e deveriam ser mais discutidas no Conselho Municipal de Saúde. Devem envolver o Ministério da Saúde e outras Secretarias, com o foco nas drogas e não ficarem restritas ao combate à dengue.

#### **Discurso Conselheiros**

As ações intersetoriais sobre problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são importantes e deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde. É uma pequena demanda deste tipo de discussão aqui no Conselho. Imagino que discutir problemas de violência, trânsito, meio ambiente, nem tem assunto. Mas isso é muito importante. Confesso que aqui o trabalho é dengue, dengue, dengue.... tem um monte de ações neste sentido. Mas não discutimos agravos relacionados ao meio ambiente. Parece que isso não é nosso, né? Mas aquelas ações com relação à droga tem aparecido aqui. Envolvem o Ministério da Saúde e outras Secretarias.

#### **Gestores e Conselheiros - Subtema 2: percepção sobre a intersetorialidade das ações de saúde sobre agravos relacionados ao meio ambiente – se ocorre, importância e exemplos de ações**

A ideia central é que a intersetorialidade é importante, dentro e fora da saúde, dentro e fora da esfera municipal, para planejamento e execução das ações sobre agravos relacionados ao meio ambiente. Pode acontecer via Gabinete do prefeito, mas também por iniciativa da Secretaria de Saúde e deve se configurar como política. Deveriam ser mais discutidas no Conselho Municipal de Saúde e outras Secretarias. O foco atual deve ser droga, violência geral, no trânsito e contra mulheres e não ficar restrito ao combate à dengue.

**DISCURSO:** Entendo que a intersetorialidade deve acontecer dentro da esfera da saúde, mas principalmente fora. Ela é importante pra todos os setores. Estas ações tem sido um projeto de Gabinete de Prefeito e não uma iniciativa da Semus(Secretaria Municipal de

Saúde). Isto porque a Prefeitura não adotou como uma política. Não temos mesmo uma cultura de intersetorialidade. Mas é possível intersetorialidade via Secretaria de Saúde. Veja no caso da Dengue: a parceria com as Escolas sejam municipais, estaduais e até privadas, e ainda com a Secretaria de serviços e obras, é fundamental pra o trabalho dar certo. E temos conseguido por boa vontade dos técnicos. deveriam ser mais discutidas no conselho Municipal de Saúde. É uma pequena demanda deste tipo de discussão aqui no Conselho. Temos também exemplos de parcerias possíveis fora da esfera municipal e da Estadual: o trabalho sobre os acidentes de trânsito, que envolve o Detran é uma iniciativa da OMS, que chega via Ministério da Saúde. O foco atual deve ser droga, violência geral, no trânsito e contra mulheres e não ficarem restritas ao combate à dengue.

### **Subtema 3: Percepção sobre ações atuais envolvendo os problemas citados, necessidades, potencialidades e desafios para o futuro**

#### **Gestores:**

**G 1.1:** É possível que as ações envolvam diversos setores, mas é necessário que seja uma política para que sejam permanentes, envolvendo também o Estado em ações de abrangência regional \_ Região Metropolitana

**G 2.1:** O setor saúde está preparado para atacar os problemas (APS) , mas tem o gargalo da média complexidade. Precisa da participação de outros setores para auxiliá-la na redução de diversos agravos, com foco nas doenças do aparelho respiratório.

**G 3.1:** As parcerias devem ser feitas de forma mais efetiva, com participação da comunidade no planejamento. O município precisa mais recurso financeiro e de mais apoio do Estado para cuidar de problemas que são sensíveis à APS

**G 4.1:** Para este gestor, embora o município tenha parcerias com o Estado e Governo Federal, precisa mais apoio para enfrentamento de problemas que são Regionais.

**G 1.2:** Para este gestor o município está se preparando para ações sobre a violência e outros agravos oriundos dos problemas ambientais, em parceria com o Estado e municípios da Região Metropolitana, mas pode ter problemas na implantação, por restrições financeiras.

**G 2.2:** A ideia central deste gestor é que embora a prioridade do governo municipal seja sobre a violência e saúde, ainda está em fase de diagnóstico, cuidando mais

especificamente da assistência médica em lugares mais vulneráveis e do controle da dengue.

**G 3.2:** A ideia central deste gestor é que o município está em fase de diagnóstico, focado na APS, mas com previsão de restrições financeiras

### **Conclusão Gestores:**

Para os gestores os municípios estão se preparando para ações da APS sobre a violência e outros agravos oriundos dos problemas ambientais, em parceria com o Estado. Mas tem o gargalo da média complexidade e podem ter problemas na implantação, por restrições financeiras.

### **Discurso Gestores**

Temos condições de fazer boa parte das ações e estamos nos preparando principalmente no que é nossa obrigação na Atenção Básica. Sabemos disso. Mas o gargalo está na média complexidade. As secretarias são muito cobradas com relação aos atendimentos e com isso ficamos devendo na prevenção. Uma coisa é a capacidade técnica, outra coisa é a capacidade política e isto interfere também no apoio do Estado. E ainda temos a previsão de restrições financeiras mais sérias no próximo ano por causa da surpresa dos Royalties (nova forma de distribuição).

### **Conselheiros:**

**Cons 1:** A Secretaria de Saúde está em fase de conferência de Saúde para o planejamento, focado na APS, mas também deve atuar em setores da educação

**Cons 2:** A Secretaria de Saúde tem condições de executar as ações necessárias na APS e deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental para orientar o trabalho.

**Cons 3:** Propõe ações de Saneamento e Vigilância Ambiental para os problemas, inclusive droga e violência, com maior envolvimento do Conselho.

**Cons 4:** Embora não saiba como a saúde deve agir sobre os problemas de saúde relacionados ao meio ambiente, sugere que devem ser focadas no saneamento e nas drogas.

### **Conclusão Conselheiros:**

A ideia central dos conselheiros é que a Secretaria de Saúde tem condições de executar as ações necessárias na APS e deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência de Municipal de Saúde (recente) para orientar seu trabalho. O momento é de foco no saneamento, drogas e violência, atuando também em setores da educação.

### **Discurso Conselheiros**

Vamos fazer o planejamento depois da conferência (Conferência Municipal de Saúde-2013). Eu não teria como lhe dizer agora. Devemos trazer também as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental para orientar nossos trabalhos. Acho que são (serão) todas da Atenção primária, mas devem ser focadas nos problemas do saneamento, das drogas e violência. Temos que tentar fazer entrar tudo isso no aprendizado da vida das pessoas. Educação de verdade. Eu acho que tem algumas coisas desta educação que é o SUS que tem que fazer.

### **Gestores e conselheiros - Subtema 3: Percepção sobre ações atuais envolvendo os problemas citados, necessidades, potencialidades e desafios para o futuro**

Para os gestores os municípios estão se preparando para ações da APS, tem condições de atuar em boa parte das ações e deve trazer as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência de Municipal de Saúde (recente) para orientar seu trabalho. O momento é de foco sobre a violência e outros agravos oriundos dos problemas ambientais, atuando também em setores da educação, em parceria com o Estado. Mas tem o gargalo da média complexidade e podem ter problemas na implantação, por restrições financeiras.

**DISCURSO:** Temos condições de fazer boa parte das ações e estamos nos preparando principalmente no que é nossa obrigação na Atenção Básica. Devemos trazer também as diretrizes da Conferência de Saúde Ambiental e da Conferência Municipal de Saúde para orientar nossos trabalhos. Acho que são (serão) todas da Atenção primária, mas devem ser focadas nos problemas do saneamento, das drogas e violência. Temos que tentar fazer entrar tudo isso no aprendizado da vida das pessoas. Educação de verdade. Eu acho que

tem algumas coisas desta educação que é o SUS que tem que fazer. Mas o gargalo está na média complexidade. As secretarias são muito cobradas com relação aos atendimentos e com isso ficamos devendo na prevenção. Uma coisa é a capacidade técnica, outra coisa é a capacidade política e isto interfere também no apoio do Estado. E ainda temos a previsão de restrições financeiras mais sérias no próximo ano por causa da surpresa dos Royalties (nova forma de distribuição).

#### **Subtema 4: percepção dos atores municipais sobre o envolvimento dos municípios com o planejamento das ações do Estado sobre problemas de saúde relacionados com o meio ambiente**

##### **Gestores:**

**G 1.1:** O planejamento da Esfera Estadual não chega à esfera municipal, nem às instâncias afins como CIB e COSEMS

**G 2.1:** O município não participa das do planejamento do Estado

**G 3.1:** Os municípios não foram envolvidos e ainda se organizam para ações de curto prazo.

**G 4.1:** Para este gestor não vai ser fácil atingir estas metas sem o envolvimento dos municípios

**G 1.2:** Para este gestor é um plano ousado para o futuro, mas o município ainda não tem no planejamento

**G 2.2:** A participação dos municípios foi pouco expressiva na cenarização, mas sem retorno ou esclarecimento posterior

**G 3.2:** É uma agenda ousada do Estado, que não envolveu os municípios.

**G 4.2:** não respondeu

##### **Conclusão Gestores:**

A participação dos municípios foi pouco expressiva na cenarização e também sem retorno ou esclarecimento posterior. O resultado também não chegou às instâncias afins como CIB e COSEMS. É uma agenda ousada do Estado e os municípios ainda se organizam para ações de curto prazo.

## **Discurso Gestores**

Mesmo a intersetorialidade sendo imprescindível, a política de desenvolvimento, não vê o setor da saúde nem o do meio ambiente. Nada do Plano ES 2025 chegou, institucionalmente até nós. Será como o Estado pretende chegar a um cenário tão bacana sem a participação dos municípios? - Nem na CIB, nem no Cosems estamos sabendo disso. Sabemos até que tem a Agenda ES, mas não sabíamos que se tratava de um plano. Lembro que fizeram oficinas, vários atores, um monte de gente, mas eu não me lembro de ter entrado no detalhe de metas. As oficinas não foram muito bem explicadas. Tanto que nossa meta lá saiu como prioridade a construção de um matadouro municipal para toda a região. Imagina, nós não temos mais este problema de carne clandestina. A participação dos municípios foi pouco expressiva na cearização. Mas estas ações têm que ser pensadas em longo prazo e por aqui, que eu saiba, estamos pensando pra ontem, puxa!

## **Conselheiros:**

**Conclusão Conselheiros:** Este trabalho não repercute no Conselho Municipal de Saúde

## **Discurso Conselheiros**

No Conselho Municipal de Saúde nunca chegou nada disso. Eu já vi isso em jornal, ES 2025, mas pra dizer a verdade nem vi com esta importância toda. Essa mortalidade infantil é possível? Eu não sei não ... O pessoal da Secretaria de promoção Social tem falado nesta história de desigualdade social, mas de fato, eu não sei se é por causa desta proposta.

## **Gestores e Conselheiros - Subtema 4: percepção dos atores municipais sobre o envolvimento dos municípios com o planejamento das ações do Estado sobre problemas de saúde relacionados com o meio ambiente**

A participação dos municípios foi pouco expressiva na cearização e também sem retorno ou esclarecimento posterior. O resultado também não chegou às instâncias afins como CIB e COSEMS e não repercutiu no Conselho Municipal de Saúde. É uma agenda ousada do Estado e os municípios ainda se organizam para ações de curto prazo.

**DISCURSO:** a política de desenvolvimento, não vê o setor da saúde nem o do meio ambiente. Nada do Plano ES 2025 chegou, institucionalmente até nós. No Conselho Municipal de Saúde nunca chegou nada disso. Eu já vi isso em jornal, ES 2025, mas pra dizer a verdade nem vi com esta importância toda. Essa mortalidade infantil é possível? Eu não sei não ... Será como o Estado pretende chegar a um cenário tão bacana sem a participação dos municípios? - Nem na CIB, nem no Cosems estamos sabendo disso. Sabemos até que tem a Agenda ES, mas não sabíamos que se tratava de um plano. A participação dos municípios foi pouco expressiva na cearização. Mas estas ações têm que ser pensadas em longo prazo e por aqui, que eu saiba, estamos pensando pra ontem, puxa!

#### **Subtema 5: Questões acrescentadas ou destacadas livremente**

As cidades estão despreparadas para o ritmo de crescimento atual. As ações mais importantes devem ser sobre as doenças respiratórias, de combate à violência, as drogas. Mas ainda não temos a informação precisa sobre estas questões. Temos um avanço sobre a dengue, mas ainda temos mais casos do que gostaríamos.

**DISCURSO:** Quero dizer que a cidade está despreparada para isto tudo que está acontecendo. Acho um absurdo que uma cidade onde estão chegando um monte de empresas novas, emprego, ainda tenha os bolsões de pobreza. Acho que esta cidade tem que se planejar melhor. Então, assim, a violência é o nosso maior problema e como problema ambiental que afeta a saúde, é o nosso nó. É isso! . E tenho certeza de que estamos longe de ter informações precisas - e não é a toa que o primeiro eixo do governo municipal está em cima disso. Mas queria só reforçar o problema das doenças respiratórias e sobre a dengue. Temos um avanço, mas ainda temos mais casos do que gostaríamos.

## APÊNDICE F

### Encaminhamento do Projeto de Pesquisa às Prefeituras

#### Sr.(a) Secretário(a) de Estado/Municipal da Saúde

Assunto: Solicitação de autorização condicionada (projeto anexo)

Prezado(a) Senhor(a) Secretário(a);

Apresento o projeto de pesquisa **Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: análise baseada em cenários para a Região Metropolitana Grande Vitória-ES**, que tem como objetivo analisar a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação de políticas públicas de saúde nos municípios de Região Metropolitana Grande Vitória, Espírito Santo, no período de 2009 a 2012 e na transição para a gestão seguinte, de 2013 a 2016.

A pesquisa será realizada pela pesquisadora responsável Hélia Márcia Silva Mathias, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Artmann e do Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Doutorado em Saúde Pública \_ da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Para tanto, respeitosamente solicito a V. S.<sup>a</sup> emissão de autorização para realização da referida pesquisa **condicionada à prévia aprovação da mesma em Comitê de Ética em Pesquisa** (Folha de Rosto anexa), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e regulamentações correlatas).

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de abril de 2012.

---

**Hélia Márcia Silva Mathias**

**Aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ**

## ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

1. Nome do município: \_\_\_\_\_

### DADOS DEMOGRÁFICOS:

2. População residente:
3. Densidade demográfica:
4. Taxa de urbanização:
5. Faixa etária predominante:

### DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS:

6. Educação (índice de alfabetismo)
7. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):
  - 7.1. Escolaridade:
  - 7.2. Longevidade:
  - 7.3. Renda:
8. População economicamente ativa:

### SANEAMENTO BÁSICO:

9. Percentual de domicílios ligados a rede geral de água:
10. Percentual da população ligada à rede geral de esgoto sanitário:
11. Percentual da população ligada à rede de coleta de lixo:

### INDICADORES DE SAÚDE

12. Taxa de mortalidade infantil:
13. Incidência da Dengue 2010:
14. Principais causas de morte 2010:
15. Indicadores relativos aos agravos de grande carga ambiental:

## APÊNDICE G

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **TÍTULO DA PESQUISA: Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: análise baseada em cenários para a Região Metropolitana Grande Vitória – ES**

#### **Prezado(a) Sr.(a)**

Vimos convidá-lo(a) a participar desta pesquisa cujo objetivo é analisar a incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação de políticas públicas de saúde nos municípios de Região Metropolitana Grande Vitória, Espírito Santo, no período de 2009 a 2012 e na transição para a gestão seguinte, de 2013 a 2016.

Para sua execução serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados: o primeiro deles será uma entrevista individual semiestruturada e o seguinte será o Grupo Focal, em reunião previamente agendada para este fim e para as quais será necessária a participação de gestores, trabalhadores, pesquisadores e peritos e especialistas na área pertinente ao Estudo, motivo pelo qual lhe enviamos este convite.

Em caso de sua concordância em participar, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- As datas e horário das entrevistas individuais e da reunião para o Grupo Focal serão divulgadas com a devida antecedência, podendo ser reformuladas, conforme o interesse aos participantes;
- As respostas às entrevistas individuais serão gravadas e o Grupo Focal será filmado. O material ficará arquivado em poder da pesquisadora responsável e a sua participação poderá ser interrompida no momento em que o desejar, em qualquer fase da pesquisa, visto que é voluntária;
- Serão garantidos ao(à) entrevistado(a) anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa;

- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à responsável pela pesquisa, Hélia Márcia Silva Mathias, que pode ser encontrada por meio do endereço eletrônico helia@ifes.edu.br ou pelo telefone 27-99616968 (particular) ou 27-33312237 (Institucional- Instituto Federal do Espírito Santo);
- Esta pesquisa só terá início após sua aprovação pelo comitê de Ética na Pesquisa, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, situada à Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 129 - Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ - CEP 21041-210, telefone (21) 2598-2863.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo de qualquer natureza, às pessoas envolvidas ou não com a presente pesquisa;
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;
- Os dados levantados serão de relevância para a pesquisa e, uma vez concluída, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

---

**Hélia Márcia Silva Mathias**

**Aluna do Programa de Pós-graduação da ENSP/FIOCRUZ**

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TÍTULO DA PESQUISA: Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: análise baseada em cenários para a Região Metropolitana Grande Vitória – ES**

Eu, \_\_\_\_\_,

acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado. Eu discuti com a pesquisadora **Hélia Márcia Silva Mathias** sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer natureza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **XI ANEXOS**

### **ANEXO A**

#### **Aprovação do Comitê de Ética – Ensp/ Fiocruz**

(digitalizado) segue no impresso

## **ANEXO B**

### **Aprovação para pesquisa na Prefeitura Municipal de Vitória - ES**

(digitalizado) no impresso