



2 Saúde, Política e Ambiente: um diálogo inevitável

Fátima Cristina Cunha Maia Silva ¹

Introdução

A abordagem socioambiental fundamenta-se no potencial de saúde para impulsionar uma vida com qualidade, na qual se direciona ao atendimento das necessidades de saúde da população, adotando como principais estratégias as ações políticas, a promoção de espaços saudáveis, o empoderamento dos sujeitos, o respeito e a valorização dos saberes e das práticas tradicionais de saúde.

Assim, há a necessidade do desenvolvimento de estratégias intersetoriais, operacionalizadas por meio de ações coordenadas entre os diferentes sujeitos, Estado, sociedade civil, entre outras, para a promoção da saúde da população e do indivíduo.

A partir dos séculos XVIII e XIX, os discursos sociais sobre a saúde adquirem maior dimensão, na Europa Ocidental, e pregam a disciplinarização dos corpos e a constituição das intervenções sobre os sujeitos marcando o nascimento da Medicina Social, segundo Foucault (2004). Essa ciência se funda na socialização do objeto da Medicina: o corpo como realidade biopolítica. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo” (FOUCAULT, 2004, p. 80).

Tendo como suporte a urbanização e a apreensão político-sanitárias em virtude do aumento populacional, a Medicina Urbana desenvolveu-se em resposta à medicina voltada para a vigilância, o controle e o esquadrinhamento do espaço urbano adotando a higiene pública como medida de intervenção, conforme nos faz refletir Rosen (2006), e segundo Foucault (2004), essa medicalização da cidade delineou também a noção de meio e de salubridade que representa, permitindo a melhor saúde possível.

O paradigma sanitário moderno, sustentado no modelo biomédico de explicação e intervenção sobre o processo saúde-doença, tem sua fundamentação

¹ Psicopedagoga, técnica do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde e mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais, da Fundação Oswaldo Cruz. *E-mail*: fatima.cristina@saude.gov.br.



epistemológica deslocada da arte de curar indivíduos para a disciplina das doenças influenciada fortemente pela racionalidade científica moderna.

Superar o atual modelo tradicional e hegemônico na construção de um paradigma sanitário que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e das coletividades nos modos de vida, bem como as expressões singulares e subjetivas na determinação da saúde-doença, tem sido um desafio constante. Para a superação da visão reducionista do homem e do processo saúde-doença, propõe-se a mudança dos serviços e das práticas sanitárias, assumindo-se a necessidade de reformas profundas e redefinindo-se o objeto, os meios de trabalho, os sujeitos e as formas de organização dos serviços de saúde na configuração de um sistema que garanta práticas resolutivas, equânimes, integrais e que considerem as subjetividades.

A promoção da saúde adota a contextualização do conceito abrangendo três momentos históricos que caracterizam sua concepção. O primeiro momento é marcado pelos discursos que remetem ao tema, do início do século XIX até meados do século XX, caracterizando uma concepção higienista de promoção à saúde.

O segundo momento carrega uma visão comportamentalista da promoção à saúde desenvolvida, especialmente, na segunda metade do século XX em que prevalece o enfoque sobre os estilos e os hábitos de vida com forte ênfase na responsabilização individual.

O terceiro momento histórico é instaurado com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, marcando a “Nova Promoção da Saúde” que traz uma concepção socioambientalista sobre o tema, enquanto objeto de política pública e que pressupõe um movimento de corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na efetivação da promoção da saúde. É importante destacar que a divisão em momentos não reflete linearidade na evolução das concepções que podem se apresentar imbricadas em diferentes contextos e realidades.

A saúde das populações do campo, da floresta e das águas ficou à margem do sistema. A estrutura fundiária reforça a forte desigualdade, quando avaliada a distribuição de terra. Atualmente 15,6% da população brasileira reside no meio rural, conforme o Censo de 2010.

Nas últimas décadas intensificaram-se as lutas no campo, com as ações da Comissão Pastoral da Terra (CPT), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), da Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMTR), da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS), entre outros.



Essa realidade abriu espaço para as lutas políticas e ideológicas e para dois tipos de discurso: o da racionalização de serviços e o da promoção da justiça social pela universalização dos serviços públicos da saúde, destacando-se o princípio da equidade. O estado de direito no qual o Brasil ingressou com a promulgação da Constituição Federal em 1988, fruto de intensa mobilização social, foi determinante para que o povo brasileiro assumisse seu caráter plural, respondendo a demandas de inclusão social de diversos grupos, até então marginalizados.

Neste sentido, muitos esforços foram realizados para implementar e consolidar o SUS, aproximando o Estado brasileiro dos problemas da população e, com isso, gerando respostas efetivas para as suas demandas e interesses relacionados à saúde.

As políticas públicas existentes persistiam em uma visão restrita do que é campo, do que é floresta e do que são comunidades tradicionais que usam e trabalham nas reservas aquáticas (como lagos, rios, mangues, mares), concebidas em oposição ao urbano.

Observa-se que as políticas e ações em saúde não consideravam a diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços, os diferentes sujeitos sociais, as mobilidades populacionais, as relações sociais, os modos de produção, os aspectos culturais e ambientais, as formas de organização dos assentamentos, acampamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas etc. Assim como a compreensão de que esses diferentes modos de vida se inter-relacionam com os processos de saúde e doença, que atingem as populações do campo, da floresta e das águas de maneira específica.

Contribuição da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: em busca de cidadania

O Ministério da Saúde vem adotando estratégias de implementação das políticas de promoção de equidade em saúde, tendo em vista a dificuldade encontrada por certos grupos sociais com o acesso às ações e aos serviços de saúde.

Entre esses grupos, há as populações do campo, da floresta e das águas que reivindicam o direito à saúde, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, considerando a mesma dificuldade quanto ao acesso às ações e aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, objetivando promover a saúde dessas populações, por meio do acesso às ações e aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrentes



dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida, em 2011 foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, conforme Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

Essa Política foi elaborada por muitas mãos, vozes, olhares e escutas. O protagonismo dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas deu o tom. Por ser uma Política transversal, ela vêm se constituindo em um ordenamento institucional em novas estratégias de gestão capazes de promover a integração de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável e para a promoção da saúde dessas populações (BRASIL, 2013, p. 17).

Para tanto, está sendo articulada a instituição dos Comitês de Promoção da Equidade em Saúde nos estados, no que se refere à saúde das populações do campo, da floresta e das águas, e seis deles já contemplaram essa temática. Cabe destacar que esses comitês têm como um dos objetivos ser um espaço de diálogo entre a gestão do SUS e os movimentos sociais, buscando dar respostas às demandas e às necessidades sobre a saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

Essa Política é o resultado da demanda dos movimentos sociais, bem como, o reconhecimento e a superação das desigualdades históricas de acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações integrais de saúde, pactuadas entre o Estado e a sociedade civil organizada.

Breves reflexões sobre a sustentabilidade ambiental: uma garantia da continuidade e diversidade da vida

A exposição aos riscos ambientais e seus efeitos à saúde humana, como contaminação química atmosférica ou de corpos hídricos, é um elemento importante para a análise de problemas de saúde ambiental. Assim como os conflitos no campo e na floresta que foram acentuados pela inserção do atual modelo de desenvolvimento, impactando não somente a saúde da população, como também do ambiente. Conforme Porto e Finamore (2012), os problemas de saúde e ambiente são compreendidos no interior de conflitos ambientais que expressam disputas: de um lado, interesses dos movimentos sociais aliados; de outro, agentes sociais beneficiados por atividades econômicas e produtivas as mais diversas, como: o uso intensivo de agroquímicos, aterros de resíduos, exploração e refino de petróleo, entre outros.



Essa temática está presente na Organização Mundial da Saúde (OMS) ao chamar a atenção sobre os determinantes sociais da saúde para as desigualdades, as inequidades, as discriminações sociais como importante “causa das causas” dos problemas de saúde, devendo assim, a saúde ser entendida a partir de um contexto social presente, segundo Porto e Finamore (2012).

A dimensão política sobre a saúde e o ambiente é evidente. A necessidade de proteger a população, em especial a população mais vulnerável contra os males e riscos ambientais, como também aqueles que, apesar de conhecidos e controláveis possam produzir doenças e inúmeros perigos diante de vulnerabilidades das populações, é inevitável.

Além disso, problemas de saúde comuns, especialmente em contextos e nas populações vulneráveis, podem se tornar mais difíceis de serem percebidos e a dificuldade de se fazer onexo causal com os riscos ambientais. São exemplos os vários problemas respiratórios, dermatológicos ou oftalmológicos cuja frequência pode aumentar, de forma mais sutil ou intensa, em decorrência da poluição atmosférica proveniente de atividade de mineração, de queimadas, pelo uso de agrotóxicos, entre outros.

A ausência de saneamento básico é considerada um dos mais importantes fatores sociais determinantes da saúde, assim como o abastecimento de água tratada, e no meio rural, a dificuldade de acesso a esses serviços são grandes, contribuindo direta e indiretamente para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias as quais são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil.

Ressalta-se que os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho no campo, na floresta e nas águas são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. Destacam-se as dores osteomusculares que podem estar associadas a uma sobrecarga do trabalho braçal. A cata de determinados mariscos, as posturas tradicionais, a retirada das conchas, entre outras atividades estão associadas a queixas comuns de dores, muitas vezes insuportáveis, edemas, deformidades, dormências e perda da capacidade funcional dos membros superiores. A colheita dos cachos dos açaizeiros em uma perigosa escalada, a debulha dos frutos e o seu transporte até o local do embarque efetuado nas costas é outro exemplo.

A saúde dos trabalhadores do campo, da floresta e das águas também é condicionada a fatores sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores



de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2013, p. 14) do campo, da floresta e das águas.

Destacam-se ainda, conforme a PNSIPCFA, as doenças endêmicas como, malária, febre amarela, doença de Chagas e a leishmaniose, doenças estas, intimamente ligadas à condição do campo e da floresta e, portanto, relevante para as populações de que trata esta Política.

Observa-se a complexidade das condições de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, e como estão inter-relacionadas ao ambiente em que vivem e produzem essas populações, demandando um esforço do SUS para o seu enfrentamento.

Considerações finais

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) busca contribuir e dar respostas às diferentes questões e especificidades que se apresentam no contexto do sistema de saúde e das práticas em serviços que dificultam o desenvolvimento do SUS conforme preconizado por meio da Constituição Federal de 1988.

Essa nova configuração vem se constituindo em um reordenamento institucional e em novas estratégias de gestão no intuito de promover a integração de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável e para a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas no SUS.

Entretanto, precisamos refletir se essa Política consegue responder às inquietações dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, e dos profissionais de saúde. Entendemos que é necessário superar o que está colocado e aprofundar sobre as especificidades e diversidades no modo de vida e de produção dessas populações.

Há necessidade de resgatar e valorizar o saber local sobre as práticas de saúde no enfrentamento de problemas de saúde ambiental em uma população marcada pela desigualdade e discriminações sociais. Tal reconhecimento poderá conduzir as nossas instituições a enfrentar as desigualdades em um País tão plural, e ao mesmo tempo, buscar compreender fenômenos e gerar evidências como destaca Porto e Finamore (2012).

Por fim, as questões sociais e políticas que emergem da iniciativa de promoção de ações coletivas que visem à melhoria e à qualidade de vida das populações são influenciadas pelas características dos recursos e pelos fluxos ecossistêmicos, assim, a necessidade de um diálogo, entre os diversos setores, é inevitável.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo e da Floresta**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, 2013.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- PORTO, M. F.; FINAMORE, R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p. 1493-1501, 2012. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000600013>>. Acesso em: 1 fev. 2015.
- ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. Tradução Fernanda Maria Fagundes Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Editora Unesp, 2006.

