

Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente  
no Desenvolvimento Humano Sustentável

PLANO NACIONAL DE

**saúde e**

**ambiente**

NO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Diretrizes para Implementação

Brasília, julho de 1995  
Ministério da Saúde

CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NO  
DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL - COPASAD

PLANO NACIONAL DE  
**SAÚDE E AMBIENTE**  
NO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

*Diretrizes para Implementação*

*BRASIL*  
Ministério da Saúde  
Julho de 1995

CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA SOBRE SAÚDE E  
AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL.  
(1995: Washington). Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento  
sustentável.  
Brasília: Ministério da Saúde. 1995. 104 p.

1. Planejamento de saúde. 2. Meio ambiente  
3. Saúde ambiental. 4. Desenvolvimento sustentável. I Título.

## PREFÁCIO

*Pela primeira vez, prepara-se um documento oficial a respeito das inter-relações entre Saúde e Ambiente, no contexto do desenvolvimento sustentável, baseado em consultas tão amplas, tanto no nível do Poder Executivo quanto em relação à sociedade civil.*

*Constituiu-se um Grupo de Trabalho Intersetorial, coordenado pelo Ministério da Saúde e integrado por representantes de ministérios com competências sobre a matéria, a saber: Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal; Ministério das Relações Exteriores; Ministério do Planejamento e Orçamento; Ministério dos Minas e Energia; Ministério do Educação e do Desporto e Ministério do Trabalho.*

*Confiou-se a reputados especialistas o preparo de seis monografias. Estas serviram de base para análise e comentários de amplas parcelas do sociedade civil e do comunidade científica e acadêmica, que se desenvolveram em quatro seminários, reunindo o setor público, o meio acadêmico e as organizações não-governamentais interessadas na matéria.*

*O primeiro seminário - realizado na sede do Representação da OPAS em Brasília, tratou do marco referencial para ações de saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável no Brasil, focalizando a dimensão Política (nacional e internacional) e a legal (os dispositivos constitucionais e a legislação ordinária específica), além de mencionar as iniciativas governamentais nos dois setores. O segundo abordou uma proposta para um processo brasileiro de planejamento em saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável, tendo se realizado em Recife. O tema do terceiro seminário foi o papel das políticas econômicas voltadas para os setores produtivos (indústria, energia, transporte, agricultura e mineração) e seus efeitos sobre a promoção do qualidade de vida e do prevenção e controle de riscos ambientais específicos, e realizou-se na Escola Nacional de Saúde Pública do Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Finalmente, o quarto seminário examinou as negociações e ações internacionais para a integração de saúde e meio ambiente no desenvolvimento sustentável na atualidade e suas perspectivas, e teve lugar em Belém.*

*Trabalho com esta abrangência a respeito de tema tão complexo e sensível para os mais diversos segmentos da sociedade brasileira, dificilmente poderia abranger e espelhar todas as numerosas correntes e os diferentes matizes das posições identificadas no País nesse campo. Deverá, portanto, necessariamente ser objeto de leitura qualificada, que preserve seu caráter aberto, de modo a constituir uma base flexível e equilibrada, a merecer aprimoramentos posteriores.*

*O trabalho na verdade não se conclui neste momento. Está concebido como um exercício a ser continuado mesmo depois da realização da " Conferência sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável ",*

*convocada pela Organização Pan-Americana da saúde e marcada para 1º a 3 de outubro próximo, em Washington, incorporando as conclusões e recomendações da Conferência para o qual foi preparado.*

*O apoio e a ativa participação nos debates de Secretários Estaduais não só da área específica da saúde, bem como a colaboração de organizações não-governamentais e envolvimento das representações da OPAS e do PNUD no Brasil nesta tarefa seguramente merecem apreço e agradecimentos.*

*Ministro de Estado da Saúde*

## APRESENTAÇÃO

O Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável foi elaborado como contribuição brasileira a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (*COPASAD*). A referida Conferência foi concebida como consequência da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (*CNUMAD*), realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992. Em setembro daquele ano, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (*OPAS*) aprovou a organização da *COPASAD*, prevista para outubro de 1995, com o objetivo de definir e adotar um conjunto de políticas comuns nos países membros, orientadas para assegurar o cumprimento dos compromissos decorrentes da *CNUMAD*, considerando as necessidades de saúde e ambiente. Espera-se alcançar, como resultados, a redação de uma Carta Pan-Americana, que contemple o conjunto de políticas e estratégias sobre saúde e ambiente, e a elaboração de um Plano Regional de Ação, que integre as temáticas de saúde e ambiente, no contexto do desenvolvimento sustentável. Os Países membros da *OPAS* foram convidados a preparar planos nacionais para subsidiarem esse plano regional.

No Brasil, o Ministério da Saúde, considerando a importância do tema, criou no seu âmbito de atuação uma Comissão Intraministerial específica, com participação de suas áreas temáticas. Além disso, entendendo por imprescindível a colaboração dos demais segmentos envolvidos com a questão, propôs a constituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial (*GTI*) para a organização da etapa nacional. O *GTI*, coordenado pela Assessoria Internacional daquele Ministério, em conjunto com a Divisão de Meio Ambiente e Ecologia Humana da Secretaria de Vigilância Sanitária, a Fundação Nacional de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (*FIOCRUZ*), todos do Ministério da Saúde, conta também com representantes da *OPAS* e dos seguintes ministérios: Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal (*MMA*); Ministério do Planejamento e Orçamento (*MPO*); Ministério do Trabalho (*MTb*); Ministério das Relações Exteriores (*MRE*); Ministério das Minas e Energia (*MME*), e Ministério da Educação e do Desporto (*MEC*).

O *GTI* promoveu no período de 7 a 8 de dezembro de 1994 uma Oficina de Trabalho sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, primeira atividade da etapa preparatória da *COPASAD*, com o objetivo de promover a avaliação da implementação da Agenda 21.

O presente Plano resultou de processo amplo de consulta a sociedade. A partir de roteiro proposto pela *OPAS*, foram encomendados documentos a especialistas das áreas afetas a temática, que serviram de base para discussões realizadas em seminários regionais. Foram realizados seminários em Brasília, Recife, Rio de Janeiro e Belém, que contaram com debatedores de reconhecida experiência sobre os temas tratados, para análise do documento produzido pela consultoria e apoio no encaminhamento dos trabalhos. Participaram dos eventos centenas de pessoas de instituições governamentais, acadêmicas, científicas, não governamentais, sindicais e profissionais.

A *OPAS*, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (*PNUD*) e a Caixa Econômica Federal (*CEF*) contribuíram financeiramente para a realização dos seminários e a elaboração e revisão do documento, sendo que se deve destacar o apoio logístico, técnico e consultivo da *OPAS* e do *PNUD*, através de seus escritórios de Brasília.

O Instituto Sociedade, População e Natureza (*ISPN*) e a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (*ABES*) foram contratados para fazer a relatoria dos seminários e elaborar a minuta do Plano. Pelo *ISPN*, os responsáveis foram Donald Sawyer, Bruno Pagnoccheschi e Oscar de Moraes Cordeiro Netto. Pela *ABES*, foram Anna Virgínia Muniz Machado, Denise Maria Elisabeth Formaggia e Léo Heller. Além desses, a consolidação do documento controle com contribuições de André César Médici, Adindo Philippi Jr., Elizabeth Barros, Elizabeth Dias e Rodolfo Rodrigues.

Em face da abrangência e da novidade do assunto, assim como da exigüidade de tempo para preparação dos seminários, foi necessário complementar os documentos dos consultores e os relatórios dos seminários com outras informações e documentos.

A versão preliminar deste documento foi publicada no Diário Oficial da União, de 11 de julho de 1995, com o objetivo de submeter o presente plano a uma consulta ampla, envolvendo diversos segmentos governamentais e não governamentais interessados na temática. Muitas críticas e comentários foram encaminhados, tendo-se incorporado algumas modificações a esta nova versão do documento.

O *GTI*, em sua reunião ampliada com a participação de outras entidades que vinham acompanhando todo processo, discutiu o documento, tendo também proposto alterações, que foram levadas em consideração nesta nova versão. Dentre as entidades não governamentais que formularam contribuições a este Plano, cabe destacar a *Vitae Civilis*, de São Paulo, e a Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (*ASSEMAE*).

Como se verá, não se trata de um Plano completo, com componentes que especifiquem metas, responsabilidades, prazos e custos. É um documento de diretrizes, programático, de alcance de curto e médio prazos, cujo propósito é tomar-se referência para as futuras ações de planejamento de saúde e ambiente, inclusive para o início do próximo século. Os próximos passos dependerão também dos resultados da *COPASAD* e dos inúmeros atores sociais que participarão do processo de integração aqui explicitado.

Entende-se que a presente versão do plano representa, mais que um produto, um processo que está apenas começando. Não se restringe aos Ministérios envolvidos, nem apenas ao Governo Federal. A implementação efetiva deste Plano e sua adaptação às diversas realidades regionais e locais dependerá também dos governos estaduais e municipais e, principalmente, do interesse e da pressão dos diversos segmentos da sociedade que são afetados por impactos sobre a Saúde da população e sobre ambiente e que se preocupam com as futuras gerações.

## RESUMO EXECUTIVO

A estrutura do presente documento resulta da adaptação de sistemática proposta pela OPAS para a elaboração do Plano Regional de Ação de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável. O presente documento busca, em primeiro lugar, atender as necessidades de discussão e explicitação da temática, a partir da apresentação dos marcos referenciais existentes hoje em saúde e ambiente. O trabalho procura, também, descrever a atual situação e as perspectivas para os diferentes setores envolvidos na temática. São discutidas as políticas públicas correlatas aos setores, as referências legais e institucionais e a participação dos setores não governamentais nas questões vinculadas a saúde e ambiente. Na seqüência, o documento aborda questões referentes aos setores diretamente envolvidos em saúde e ambiente (saúde, ambiente, saneamento e recursos hídricos) e aos requisitos para ação integrada em saúde e ambiente (recursos humanos, sistemas de informação, educação e comunicação, pesquisa e desenvolvimento tecnológico). Discutem-se, ao final, alguns aspectos da implementação das propostas contidas neste documento, principalmente as questões de financiamento, de articulação internacional e de acompanhamento da implantação deste Plano. Esses temas encontram-se divididos em seções e capítulos, sendo que cada capítulo, com exceção do capítulo 1 (Marco Referencial) da Seção I (Antecedentes Gerais), é estruturado em três partes: bases para ação, objetivos e ações propostas.



## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	03
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	05
<b>RESUMO EXECUTIVO</b> .....	08

### SEÇÃO I

#### ANTECEDENTES GERAIS

1	Marco Referencial.....	11
2	Situação Atual e Perspectivas.....	14

### SEÇÃO II

#### CONTEXTO NACIONAL

3	Políticas Públicas.....	23
4	Marcos Legais Institucionais.....	30
5	Setores Não-Governamentais.....	42

### SEÇÃO III

#### SETORES DIRETAMENTE ENVOLVIDOS EM SAÚDE E AMBIENTE

6	Saúde.....	47
7	Ambiente.....	53
8	Saneamento.....	57
9	Recursos Hídricos.....	63

### SEÇÃO IV

#### REQUISITOS PARA A AÇÃO INTEGRADA

10	Formação de Profissionais em Saúde e Ambiente.....	67
11	Sistemas de Informação sobre Saúde e Ambiente.....	69
12	Educação e Comunicação.....	73
13	Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.....	77

## **SEÇÃO V**

### **IMPLEMENTAÇÃO**

14 Financiamento.....	83
15 Articulação Internacional.....	87
16 Acompanhamento da Implementação.....	91

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>95</b>
-----------------------------	-----------

<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>97</b>
-----------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>101</b>
--------------------------	------------

<b>FICHA TÉCNICA.....</b>	<b>102</b>
---------------------------	------------

# SEÇÃO I

## ANTECEDENTES GERAIS

### 1 MARCO REFERENCIAL

#### Premissas

1.1 O atual estágio de desenvolvimento dos Países da América Latina a despeito de sua diversidade sócio-cultural e econômica, caracteriza-se por semelhanças que, cada vez mais, facilitam a construção de uma pauta comum de propostas para a superação de suas dificuldades.

1.2 Essas semelhanças decorrem de uma história compartilhada e das transformações estruturais que se verificaram nas últimas décadas, as quais, em geral, não tem garantido que o desenvolvimento econômico possa automaticamente se constituir em fator de equidade entre as nações, e mesmo no interior de cada nação.

1.3 A crise econômica dos anos oitenta, que sucedeu o crescimento econômico acelerado dos anos sessenta e setenta caracterizou-se pelo aumento do endividamento externo e interno dos países em desenvolvimento. Como conseqüência, sucederam-se crises fiscais e multiplicaram-se planos de ajuste com o objetivo de equacionar a questão da inflação e do déficit público.

1.4 Esse quadro econômico, que se observou em praticamente toda América Latina ocorreu em um contexto de redemocratização, em medidas e velocidades distintas. Essa redemocratização vem trazendo mudanças importantes nos direitos da cidadania, que estão ampliando-se progressivamente do âmbito estritamente político e civil para a esfera econômica e social, inclusive no que diz respeito a saúde e ambiente.

1.5 Não se admitem mais, do ponto de vista ético, estilos e formas de desenvolvimento que alijem segmentos sociais ou áreas geográficas de seus benefícios, ou que exponham o patrimônio natural a formas de exploração que esgotem os recursos naturais e poluam os espaços naturais e construídos. Ao contrário, exige-se solidariedade com os excluídos e com as futuras gerações.

1.6 Uma interpretação estreitamente ambientalista da sustentabilidade implica o risco de pressão sobre os países que dispõem de abundantes recursos naturais, no sentido da proteção ou da preservação ambiental em nome das gerações futuras, em prejuízo do princípio de equidade, ainda para as presentes gerações. Sem questionar a sustentabilidade, os países em desenvolvimento vêem-se compelidos a compatibilizar preocupações ambientais com o crescimento econômico sustentado, que se toma necessário para alcançar a equidade entre países e dentro do País.

1.7 O novo paradigma de desenvolvimento sustentável impõe, também, mudanças de atitude e de relações entre os setores privado, público, acadêmico e não governamental.

1.8 Nesse contexto, é que se coloca o presente plano, onde saúde e ambiente são enfocados no sentido do atendimento às demandas sociais com vistas a integração tanto intra e intersetorial, quanto multidisciplinar, na construção de uma sociedade sustentável.

### **Antecedentes Internacionais**

1.9 A questão ambiental foi trazida pela primeira vez para a agenda dos grandes temas internacionais na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, realizada em 1972, em Estocolmo, Suécia. Foi a primeira iniciativa das Nações Unidas no sentido de examinar a questão do meio ambiente de maneira global e coordenada, de buscar respostas aos problemas existentes e de tentar definir futuras linhas de ação.

1.10 Destacam-se como resultados mais significativos da Conferência de Estocolmo, a Declaração de Estocolmo, constituída por 26 princípios que refletiam o conjunto das preocupações e concepções ambientais da época, e o Plano de Ação de Estocolmo, composto por um conjunto de 109 recomendações que visavam a estabelecer as bases para a tomada de medidas concretas, destinadas ao aumento do conhecimento do meio ambiente, a melhoria de sua qualidade e a sua preservação.

1.11 A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, definiu a meta de "Saúde para todos até o ano 2.000", principalmente por meio da atenção primária.

1.12 Em 1983, em resposta às resoluções da Assembléia Geral da ONU, foi constituída a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, tendo por objetivo o reexame da questão ambiental de forma inter-relacionada com o desenvolvimento e a formulação de estratégias de ação com vistas a uma Agenda Global para Mudança. Em 1987, a Comissão apresentou seu relatório final, intitulado "Nosso Futuro Comum". Esse Plano constituiu-se em referência básica, no âmbito internacional, para a organização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992.

1.13 Na CNUMAD, uma série de acordos e compromissos coletivos foram firmados entre as representações governamentais ali presentes, dos quais se destacam a Convenção sobre Diversidade Biológica, a Convenção de Mudança de Clima, a Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, que contém 27 princípios sobre os direitos e obrigações dos Estados, e a Agenda 21, que constitui um programa de ação voltado para a implementação dos princípios estabelecidos na Declaração do Rio. Esse resultado reflete o consenso mundial acerca das temáticas que desenvolve ao longo de seus quarenta capítulos, e representa o maior esforço internacional, registrado até o presente, de construção de uma pauta comum.

1.14 A reunião dos Chefes de Estado do continente americano, realizada em Salvador, Bahia, em 1993 e a Cúpula das Américas, realizada em Miami, em dezembro de 1994, avançaram no sentido da integração regional das Américas e contribuiu para a discussão em torno de diversos temas, entre os quais saúde e ambiente.

1.15 Dentro do processo de globalização e tendência a integração econômica através de mercados comuns regionais, entrou em vigor, em 1995, o Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), que estabeleceu a integração econômica entre Brasil, Paraguai, Uruguai e Argentina. Esse marco ensejou discussões e negociações sobre integração normativa para fazer face aos novos fluxos de mercadorias, serviços e pessoas, inclusive no que diz respeito a saúde e ambiente.

### **Princípios**

1.16 Os princípios que norteiam a integração das ações de saúde e ambiente ao desenvolvimento econômico são conceituados de diversas maneiras, segundo os enfoques e contexto ensejados. Para efeitos de inserção do presente plano no conjunto dos marcos referenciais das áreas correlatas a saúde e ambiente, e considerada a adoção, como base para ação, de três princípios originários da Reforma Sanitária, adaptados aqui, no entanto, para aplicação em situações com maior abrangência.

1.17 A universalização consiste em estender a toda a população o acesso a bens e serviços, independente-mente dos vínculos de contribuição financeira e das condições socioeconômicas de cada indivíduo.

1.18 A eqüidade consiste em fazer com que todos disponham, em cada região, dos bens e serviços mais apropriados a suas necessidades, independentemente da vinculação funcional, da posição social na hierarquia ocupacional ou do local de moradia ou trabalho.

1.19 A integralidade consiste na realização do conjunto completo de atividades de cada setor institucionalmente organizado, abrangendo as fases de planejamento, execução, avaliação e controle.

## **2 SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS**

### **Bases para Ação**

2.1 Os modelos econômicos, adotados ao longo da história pelo Brasil, tem provocado fortes concentrações de renda e riqueza, com exclusão de expressivos segmentos sociais. Dessa distribuição desigual resulta grande parte dos problemas que o País enfrenta. Ao mesmo tempo em que degradam

o homem, sua qualidade de vida e seu estado de saúde, esses padrões de desenvolvimento vêm favorecendo a degradação ambiental por meio da exploração predatória de recursos naturais e da poluição, as quais, por sua vez, tem gerado impactos nas condições de saúde e qualidade de vida da população.

2.2 O índice de Desenvolvimento Humano (*IDH*) foi concebido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (*PNUD*) para medir o econômico. O Brasil mostra uma defasagem entre a posição relativa naquele índice e sua correspondente no Produto Interno Bruto (*PIB*) - 52º país em termos de *PIB* per capita e 63º em termos de *IDH*. Registra-se, ainda, uma ascensão mais lenta do *IDH* no Brasil que na média dos países em desenvolvimento. Alguns desses países, com menor renda per capita que o Brasil, apresentam melhores indicadores de qualidade de vida.

2.3 Depois de três décadas de crescimento demográfico acelerado, entre 2,5 e 3,0% ao ano, a população brasileira cresceu a 1,9% ao ano na última década, atingindo cerca de 147 milhões em 1991, e deverá estabilizar-se em meados do próximo século em torno de 250 milhões. A urbanização atingiu um patamar de 75% em 1991. Ao lado de megacidades no Sudeste, inclusive a segunda maior cidade do mundo (São Paulo), encontram-se vastas áreas esparsamente povoadas no Norte do país com menos de um habitante por quilômetro quadrado.

2.4 Houve aumento da esperança de vida de 42,7 anos, em 1930/40, para 67,0, em 1970/80, sendo 67,1 na áreas urbanas e 64,9 nas áreas rurais. A situação epidemiológica revela co-existência das morbidades e causas de óbito infecto-parasitárias e crônico-degenerativas (doenças circulatórias e neoplasias). Tanto as doenças infecto-parasitárias, em grande parte, quanto as crônico-degenerativas, especialmente as neoplasias, estão relacionadas ao ambiente: as primeiras, por meio de vetores e veiculação hídrica, e as últimas, por meio da poluição ambiental, qualidade dos alimentos e estresse. Aumentou também a proporção dos óbitos devidos a causas extremas, ou seja, acidentes e violência, especialmente entre os jovens.

2.5 Em pleno final do século, persistem ou ressurgem doenças tais como malária, cólera, leptospirose, dengue, doença de Chagas, filariose e esquistossomose, todas estreitamente relacionadas com a forma predatória de intervenção no meio ambiente. Além de afetar vastas regiões do interior do país, as doenças típicas do passado e do subdesenvolvimento também ressurgem nos contextos modernos, como ocorreu no caso da urbanização da leishmaniose, da malária e de outras. Nas áreas remotas, os desequilíbrios ambientais levam a surtos de doenças emergentes, antes desconhecidas, tais como febres hemorrágicas.

2.6 As pesquisas nacionais realizadas em 1974-75 (*ENDEF*) e 1989 (*PNSN*) mostram que a situação de carência nutricional da população melhorou sensivelmente. No entanto, persiste uma situação de fome e desnutrição em parcelas significativas da população, como também surge um quadro de obesidade, detectado junto a algumas parcelas da população.

2.7 O território brasileiro, que possui 8,5 milhões de km<sup>2</sup> e se caracteriza por grande variação climática, tem como principais biomas a

floresta amazônica, os cerrados, a caatinga, a mata atlântica e a mata de araucária. O País conta com extensa zona costeira, com problemas ambientais específicos, e compartilha o curso de vários rios com os países vizinhos. Destaca-se a biodiversidade das florestas tropicais e do cerrado, considerada entre as mais ricas do mundo.

2.8 Houve significativos impactos ambientais negativos decorrentes das atividades agropastoris extensivas e intensivas necessárias para exportação e para produzir alimentos e energia, com uso inadequado de técnicas agrícolas. As atividades agropastoris extensivas implicaram desmatamento, perda de biodiversidade e contaminação atmosférica. As atividades intensivas, por sua vez, implicaram perda de fertilidade, compactação do solo, erosão e poluição com agrotóxicos e dejetos. A população rural, exposta direta e indiretamente aos agrotóxicos, apresenta elevados índices de contaminação, ainda não devidamente avaliados.

2.9 Os impactos ambientais industriais, que dizem respeito ao ambiente de trabalho e a poluição do ar, da água e do solo bem como a acidentes ambientais (explosões, vazamentos e incêndios envolvendo petróleo e outras substâncias químicas), concentram-se no Sudeste e nos pólos industriais isolados no Sul e Nordeste, causando sérios danos a saúde e ao ambiente, ainda pouco avaliados.

2.10 Quanto à produção de energia, em particular a energia elétrica, o País conta com uma matriz energética que se vale de seu enorme potencial hidrelétrico. Como decorrência, a construção de hidrelétricas vem acarretando impactos ambientais e sociais, tanto nas regiões desenvolvidas como nas áreas menos povoadas do País. Registra-se, ainda, que algumas unidades termelétricas e duas usinas nucleares implicam riscos à saúde da população, assim como à integridade do meio ambiente. Recentemente, o setor energético incorporou critérios ambientais no planejamento de suas atividades.

2.11 Por carência de fiscalização que obrigue a observância da regulamentação do setor, algumas atividades de mineração, especialmente o garimpo ilegal na região Norte, implicam efeitos diretos, tais como destruição de habitats, desmatamento, poluição atmosférica e aquática e poluição por mercúrio, afetando, além da biota, a população e os trabalhadores diretamente envolvidos na produção, além de provocar intensos fluxos migratórios.

2.12 O manejo florestal inadequado vem reduzindo drasticamente as matas atlântica e de araucária, ameaçando, também, a Amazônia e os Cerrados, mesmo quando a extração de madeira é seletiva. A atividade florestal, tal como é executada no País, implica, freqüentemente, em transformação de grandes extensões florestais em plantios de árvores de crescimento rápido, por meio de processo denominado genericamente de reflorestamento.

2.13 A saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, inclusive os do setor informal da economia, sofre os efeitos imediatos e a longo prazo dos processos produtivos nocivos por meio de riscos, tais como temperaturas elevadas, ruído excessivo, equipamentos e ambientes que provocam acidentes

e contato com substâncias perigosas ou tóxicas. A informação completa sobre os riscos e suas conseqüências não vem sendo fornecida de forma transparente pelas empresas responsáveis.

2.14 As mulheres apresentam necessidades específicas de saúde, em particular de saúde reprodutiva, como também sofrem as conseqüências diretas de condições ambientais adversas que incidem no âmbito doméstico. As crianças, inclusive as que ainda não nasceram, podem também ser vítimas de ambientes pouco saudáveis. É limitado o conhecimento sobre as dimensões de gênero dos problemas ambientais, assim como sobre a distribuição dos riscos e dos agravos por idade. As mulheres que participam, cada vez mais, de movimentos próprios podem desempenhar papel-chave na gestão ambiental domiciliar, assim como podem ser atores importantes na participação da sociedade em questões de saúde e ambiente.

2.15 As populações indígenas no País estão sob tutela do Estado, sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (*FUNAI*). As terras das populações indígenas, que lhes são garantidas na Constituição, constituem, na prática, extensas áreas de proteção ambiental. A saúde das populações indígenas sofre os efeitos de doenças introduzidas em suas comunidades, desde as doenças comuns da infância até a malária. As ações de saúde são dificultadas pelo isolamento em que vivem.

2.16 As populações tradicionais constituem grupos locais que vivem em harmonia com a natureza, dela extraíndo sua subsistência, especialmente na região amazônica, tais como: seringueiros, castanheiros, babaçueiros, pescadores artesanais, caiçaras, caboclos e ribeirinhos.

2.17 Entre os problemas ambientais, os urbanos são os que mais afetam a população brasileira, considerando que mais de três quartos dessa população residem em áreas urbanas. Registra-se a falta de uma política de desenvolvimento urbano, assim como a ocorrência de diferentes problemas, tais como: especulação imobiliária, adoção de soluções de tecnologia inadequada, carências de abastecimento de água, coleta e disposição de esgotos e de resíduos sólidos.

2.18 Ainda com relação aos problemas ambientais urbanos, ressalta-se a emergência da ocupação urbana irregular e inadequada por parte das populações de menor poder aquisitivo e o risco a que estão submetidas, no que se refere aos problemas das enchentes, das inundações, dos deslizamentos e de outros decorrentes da deficiência de infra-estrutura urbana.

2.19 Em confronto com padrões insustentáveis de produção e consumo dos países desenvolvidos, responsáveis pelos maiores impactos ambientais globais, a maioria da população brasileira sofre grandes carências em termos de consumo, apesar de uma minoria privilegiada caracterizar-se pela adoção de padrões perdulários e predatórios. Em geral, esses padrões insustentáveis são induzidos nos países em desenvolvimento por efeitos de demonstração, propaganda comercial e meios de comunicação de massa.

2.20 Além de sua dinâmica interna, o Brasil também participa de forma significativa das questões ambientais mundiais e transfronteiriças. O



País possui fronteiras internacionais com 10 Países (todos os Países da América do Sul, exceto Chile e Equador), ocupa a metade do continente sul-americano e abriga grande parcela das florestas tropicais e da biodiversidade do planeta. O Brasil está cada vez mais integrado com seus vizinhos, haja vista a negociação acelerada dos acordos no âmbito do Mercosul e com a comunidade global. A integração econômica está adiantada e a migração e a mobilidade internacional, envolvendo países vizinhos e distantes, podem contribuir para a dispersão de doenças, como aconteceu no caso da cólera.

2.21 Nos anos oitenta, houve efetivo avanço no sentido da universalização da atenção à saúde, porém, nos anos noventa, houve retrocesso e o acesso continua muito desigual entre os diferentes estratos da população, além de persistirem graves deficiências no que se refere a qualidade dos serviços e a sua oferta nas diferentes regiões do País. O sistema de saúde no Brasil tem procurado superar os limites do assistencialismo, para atingir a saúde integral, mas não tem conseguido oferecer a cobertura mínima a segmentos sociais significativos, conforme previsto na legislação.

2.22 No que se refere ao controle ambiental, a despeito de uma legislação abrangente, o País enfrenta grandes problemas decorrentes da falta de estruturação adequada das instituições responsáveis pelas questões ambientais, nos executivos federal, estaduais e municipais. A falta ou carência de recursos humanos, técnicos, financeiros e operacionais e persistente na maioria dos órgãos ambientais brasileiros, gerando reflexos perversos na gestão e no controle ambiental. No âmbito federal, o País conta, desde 1993, com um ministério específico para a questão ambiental, reforçado recentemente com a inclusão da administração de recursos hídricos.

2.23 O País carece de uma gestão integrada dos riscos do uso da energia nuclear, de material radioativo e da disposição dos resíduos radioativos, envolvendo os órgãos de saúde e ambiente, além de mecanismos que garantam o controle social.

2.24 Com relação as substâncias tóxicas, o País conta com legislação específica e signatário de tratados internacionais que se referem ao transporte transfronteiriço dessas substâncias. Não obstante, há dificuldades na atuação dos órgãos responsáveis pela saúde pública e pelo meio ambiente, decorrentes tanto da falta de meios operacionais, quanto pela existência de entraves de ordem política, técnica e econômica. Essas dificuldades se fazem presentes também no que se refere ao transporte de substâncias que podem ser utilizadas em processos produtivos ilegais. Além disso, os problemas gerados pelos acidentes e pelas situações de risco são ainda bastante significativos e não contam com gerenciamento adequado.

## **Objetivos**

2.25 Implementar o conceito do desenvolvimento sustentável com vistas a alcançar resultados concretos que impliquem maior equidade na distribuição dos benefícios entre as presentes gerações, sem comprometer as gerações futuras.

2.26 Fazer valer os direitos do cidadão em termos de saúde e ambiente,

por meio da aplicação adequada dos princípios constitucionais e da legislação específica.

2.27 Buscar convergência de ações entre saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável, aplicando os princípios de universalização, equidade e integralidade.

2.28 Promover a utilização racional, sustentável e democrática dos recursos naturais, com otimização do aproveitamento dos insumos e menor degradação, por meio de modificações de processos agrícolas e industriais, estimulando a prática da reciclagem.

2.29 Estimular mudanças comportamentais junto aos diferentes segmentos da sociedade no sentido da eliminação dos desperdícios e da busca de formas mais sustentáveis de vida, contribuindo para o uso racional e sustentável da base de recursos naturais e energéticos.

2.30 Estimular a produção, a divulgação e a disponibilidade de informações gerenciais pelos órgãos governamentais responsáveis pelas áreas de saúde e ambiente, de forma a facilitar acesso e a garantir contribuição e participação da sociedade, no que se refere ao processo decisório nessas áreas.

#### **Ações**

2.31 Implementação efetiva dos princípios de saúde e ambiente estabelecidos na Constituição de 1988, através de sua regulamentação e da observância da legislação específica.

2.32 Adaptação das recomendações da Agenda 21, através da formulação de uma Agenda Brasileira, expressa em metas concretas e em destinação específica de recursos.

2.33 Implementação efetiva de acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, tais como os de Alma Ata e do Rio de Janeiro, bem como a avaliação desses processos, com a participação dos setores públicos, acadêmicos e não governamental.

## SEÇÃO II

### CONTEXTO NACIONAL

#### 3. *POLÍTICAS PÚBLICAS*

##### **Bases para Ação**

3.1 A situação de ambiente e saúde do País resulta direta e indiretamente de políticas econômicas ou sociais e não pode ser considerada de forma isolada dessas políticas. As políticas ambientais deveriam estar completamente associadas a outras políticas, tais como: saneamento, energia, recursos hídricos, habitação, indústria, agricultura, mineração e educação, no contexto do fortalecimento da democracia. A saúde da população depende de sua inserção enquanto consumidores, trabalhadores ou moradores no ambiente.

3.2 Em função das políticas de ajuste e da crise econômica e fiscal a partir da década de 80, tomaram-se escassos os recursos destinados ao atendimento das demandas existentes, além de terem surgido novas demandas determinadas pelo agravamento das situações social e ambiental, como também pelo processo de redemocratização.

3.3 São, desse modo, paradoxais as exigências feitas ao Estado em termos de economia dos gastos públicos, por um lado, e de atendimento a uma crescente demanda social e ambiental, por outro.

3.4 A Agenda 21 preconiza que os programas de ajuste estrutural não tenham conseqüências negativas para o desenvolvimento social e para o meio ambiente. Não obstante, o País sofreu os efeitos, nos últimos anos, de diferentes programas econômicos que geraram, em alguns casos, graves danos para a saúde da população e para o meio ambiente, assim como grandes restrições financeiras para a implementação de políticas sociais e ambientais.

3.5 Além dessas restrições financeiras, um dos maiores problemas relacionados às políticas econômicas e sociais é a descontinuidade administrativa. Na medida em que os governos e os administradores se sucedem, nos diversos níveis e esferas, não é dada importância ao planejamento de longo prazo. Assim, mesmo os programas e projetos de curto prazo acabam abandonados e novas políticas são concebidas, em detrimento de processos em desenvolvimento.

3.6 As políticas públicas voltadas ao atendimento da área social acabaram restringindo-se a iniciativas sociais compensatórias que, embora imprescindíveis para atender situações emergenciais, são paliativas e insuficientes para minorar os impactos negativos de políticas econômicas, já que não atuam sobre as causas desse processo.

3.7 O sistema de planejamento no Brasil foi debilitado pela crise dos

anos 80, implicando na dificuldade da incorporação dos novos paradigmas, entre os quais se destaca o desenvolvimento sustentável. A redemocratização do País vem trazer a discussão à necessidade da participação da sociedade no planejamento.

3.8 Um novo instrumento que vem sendo utilizado para o planejamento, com o intuito de ordenamento territorial e controle de impactos ambientais negativos, e o Zoneamento Ecológico-Econômico, segundo um programa que esta sendo desenvolvido pelos estados, sob a coordenação da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) e com a participação de algumas universidades e entidades não governamentais.

3.9 As agências de financiamento multilateral, muitas vezes, ao financiarem projetos de desenvolvimento, impõem cortes em programas sociais e induzem procedimentos característicos de mercado, mesmo em situações onde a aplicação desses procedimentos pode ser julgada discutível.

3.10 Para a formulação e a implementação de políticas econômicas e sociais, estão sendo criados, além dos já existentes, novos conselhos, tais como os Conselhos Consultivos da Comunidade Solidária e de Política Urbana, em nível nacional, e os conselhos de desenvolvimento e de orçamento participativo dos Municípios. Há cidades que contam, inclusive, com colegiados para discussão de temas como qualidade de vida, o que representa um grande avanço da cidadania sobre o comportamento tradicionalmente setorial dado aos temas ambientais, sociais e de saúde.

3.11 Em uma situação de mão-de-obra barata e abundante, os setores produtivos são, geralmente, refratários a investimentos na prevenção de agravos à saúde, como também a aumentos na tributação para que o Estado se responsabilize pela assistência à saúde. Não obstante, os aumentos de produtividade, a qualificação dos trabalhadores especializados e o interesse por métodos inovadores de gestão estão levando alguns empresários a internalizar os cuidados com a nutrição, a saúde e a segurança dos trabalhadores.

3.12 Da mesma forma, o setor produtivo evita as restrições e cláusulas que condicionem o comportamento ambientalmente adequado, embora algumas empresas mais modernas estejam adotando medidas de controle e proteção ambientais em seus processos para poderem competir internacionalmente. Inserem-se nessas iniciativas as normas ISO 14.000 e a certificação de origem e de manejo florestal sustentável, assim como outras certificações conhecidas genericamente como "selo verde".

3.13 No geral, as políticas públicas favorecem as áreas urbanas e as regiões mais desenvolvidas do País, pela atenção que dedicam aos setores produtivos. Não obstante, as carências observadas no ambiente urbano são ainda muito graves.

3.14 A política urbana atravessou períodos de grande incerteza institucional, tendo ficado relegada a um segundo plano na esfera federal, com suas ações dispersas entre numerosas instituições. Atualmente, encontra-

se sob responsabilidade do Ministério de Planejamento e Orçamento e envolve as áreas de desenvolvimento urbano, saneamento e habitação, sem que se tenha logrado alcançar ainda uma integração no planejamento das políticas do setor.

3.15 O novo paradigma preponderante de política industrial, inspirado na competitividade em mercados globais, e não mais na busca de substituição de importações, acarreta novos riscos ao meio ambiente e à saúde. Observa-se uma tendência de transferência de indústrias poluentes e de uso intensivo em recursos naturais e energia dos países centrais para os países periféricos, que estabelecem exigências menores em termos de saúde e de meio ambiente. A globalização de padrões ambientais e de saúde, assim como o acesso a "know how" tecnológico, tomam-se fundamentais para inverter essa tendência.

3.16 No setor energético, registra-se que o Brasil usa menos da metade de seu potencial hidrelétrico inventariado. Entretanto, existem implantadas e em construção unidades de geração nucleares e termelétricas que vem exigindo do poder público e da sociedade cuidados e atenção especiais pelo seu grande potencial impactante. As recentes alterações na lei de concessões de serviços públicos, que ampliam as possibilidades de privatização do setor, apontam para grandes transformações, o que exige atenção e controle redobrados do poder público e da sociedade.

3.17 No que tange a política mineral, o setor busca aumentar as exportações, substituir as importações, disciplinar as atividades de garimpo e evitar, mitigar ou compensar os impactos sobre o meio ambiente e a saúde da população.

3.18 O sistema de transportes no Brasil favorece os meios rodoviários intra e interurbanos, em detrimento dos ferroviários, fluviais e marítimos, como também favorece o transporte individual em detrimento do coletivo, o que implica o consumo excessivo de combustíveis fósseis, a poluição atmosférica e elevados índices de acidentes de trânsito.

3.19 A política agrícola reforça as práticas intensivas em capital e insumos, negligenciando o equacionamento da pequena produção e do acesso à terra. O Brasil tem 4 milhões de famílias sem terra que poderiam ser assentadas nos 170 milhões de hectares de terras improdutivas dentro das propriedades existentes.

3.20 Embora a cobertura escolar tenha aumentado em décadas recentes, a política educacional não tem resolvido os problemas da evasão escolar nos níveis fundamental e secundário e da qualidade do ensino. Conseqüentemente, embora a alfabetização tenha aumentado, boa parte da população não recebe formação suficiente, geral ou específica, para que possa analisar e gerenciar de forma adequada sua saúde e seu ambiente. Por outro lado, a população com formação escolar aprimorada tampouco tem conhecimento adequado da situação de saúde e meio ambiente devido a pouca divulgação de informações compreensíveis para públicos leigos.

3.21 O setor público tem sido pouco eficaz na oferta das informações e dos meios necessários para que os casais exerçam seu direito constitucional de decidir livremente sobre o número e o espaçamento dos filhos, sem coerção.

As conseqüências econômicas, sanitárias e ambientais da queda acelerada da fecundidade não tem sido devidamente avaliadas.

3.22 Em geral, os custos levados em conta no planejamento econômico e social não incorporam aspectos ambientais e de saúde, além de alguns componentes sociais. Isso decorre não só da falta de adoção de procedimentos mais integradores no exercício do planejamento das ações de governo, mas também da relativa ausência de metodologias que facilitem a incorporação de variáveis sociais e ambientais nos processos de tomada de decisão e de alocação de recursos.

3.23 A elaboração e a aprovação do orçamento da União, dos estados e dos municípios constituem processo fechado, até mesmo para alguns órgãos setoriais e de planejamento do País. O processo não permite, assim, a participação popular, e nem mesmo pode ser compreendido pelo público não especializado, salvo algumas experiências isoladas de orçamento participativo.

## **Objetivos**

3.24 Promover a redistribuição da renda e da riqueza de forma a reduzir a pobreza, a melhorar as condições de vida e trabalho, a garantir a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde e saneamento e a atingir melhores níveis de qualidade ambiental.

3.25 Promover formas de produção e distribuição de bens, serviços e energia que sejam sustentáveis e que causem menores impactos negativos sobre o meio ambiente e a saúde da população.

3.26 Promover a descentralização econômica através de projetos de desenvolvimento regionais que atendam às necessidades sociais, educacionais, de trabalho, sanitárias e ambientais do País e de cada região, respeitando as características e vocações culturais e econômicas regionais e locais.

3.27 Attingir melhores condições de governabilidade, através da promoção de políticas setoriais eficientes e eficazes na três esferas de governo, bem como de mecanismos de coordenação interinstitucional.

3.28 Reorientar o papel do planejamento no sentido de definir estratégias de desenvolvimento e de ampliar a participação da sociedade e do nível local.

3.29 Redefinir o papel do Estado para que esse possa exercer as funções de coordenação e difusão de informações sobre saúde e ambiente, de modo que o planejamento e a participação social reflitam o efetivo conhecimento da realidade do País.

3.30 Garantir que as recentes iniciativas de modernização do Estado, incluído o processo de concessão dos serviços públicos, não venham a

prejudicar ou colocar em risco o atendimento a demanda social com universalização e equidade, nos termos da Constituição Federal e dos compromissos internacionais, especialmente representados pela Agenda 21.

3.31 Incorporar cláusulas ambientais e sociais nos financiamentos realizados através de instituições públicas e privadas, no sentido de garantir a observância dos princípios e das determinações consignadas na Constituição e na legislação específica de saúde e de ambiente.

3.32 Incorporar os componentes de saúde e ambiente na formulação, execução e avaliação das políticas públicas-macroeconômicas, industrial, agrícola, mineral, educacional, energética, de recursos hídricos, de saneamento e de habitação.

3.33 Implementar uma política de reforma agrária que propicie melhores condições de vida no campo e atenuar o fluxo migratório em direção aos grandes centros urbanos.

3.34 Assegurar que a proposta para aumentar a competitividade internacional do Brasil não prejudique a saúde ou a qualidade ambiental e nem venha a se transformar em obstáculo para a conquista de novos e melhores padrões de serviços a população.

3.35 Implementar políticas relacionadas à população calcadas na saúde reprodutiva e nos direitos reprodutivos, conforme preconizado no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e avaliar as conseqüências econômicas, ambientais e de saúde, associadas tanto as mudanças nos padrões demográficos brasileiros até o momento, quanto as tendências previstas para as próximas décadas.

## **Ações**

3.36 Elaboração de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sustentável, incorporando os componentes de saúde e ambiente.

3.37 Envolvimento do Ministério de Planejamento e Orçamento, dos demais ministérios e das secretarias de Estado na implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sustentável.

3.38 Geração de dados e informações, bem como estabelecimento de uma política de comunicação que sensibilize a população e aumente a responsabilidade social nos campos de saúde e ambiente.

3.39 Monitoramento das políticas econômicas e sociais, por órgãos governamentais e entidades independentes, no que diz respeito a seus efeitos sobre o meio ambiente, sobre a saúde da população e sua qualidade de vida.

3.40 Discussão ampla e crítica dos padrões de produção e consumo no Brasil em termos de sua sustentabilidade, considerando necessidades sociais, diversidade cultural, recursos naturais disponíveis e a serem conservados, tecnologias, recursos financeiros e humanos e o modo de ocupação do território.

3.41 Criação e fortalecimento de instâncias de participação da sociedade nos processos de formulação de políticas públicas e de seu acompanhamento, avaliação e controle.

3.42 Utilização de conceitos de economia ambiental para subsidiar a formulação de políticas públicas que garantam a sustentabilidade do desenvolvimento.

3.43 Adoção de novos parâmetros para a formulação dos orçamentos públicos que reflitam o planejamento do desenvolvimento no contexto da sustentabilidade, dando clareza e publicidade aos orçamentos públicos de modo a permitir a participação da sociedade no processo de discussão e decisão.

3.44 Consideração da questão fundiária na formulação das políticas públicas de modo a promover a democratização do acesso a terra, inclusive com a efetivação da reforma agrária.

3.45 Adoção de instrumentos institucionais de incentivo econômico para o desenvolvimento de planos, programas e projetos associados a diretrizes de sustentabilidade.

3.46 Apoio à descentralização do atendimento e incorporação dos níveis estaduais e municipais na elaboração, execução e avaliação de planos, programas e projetos, em especial de saúde e ambiente, de acordo com os princípios gerais enunciados para essas áreas.

## **4 *MARCOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS***

### **Bases para Ação**

4.1 Os diversos marcos legais nacionais e internacionais são fortemente favoráveis, obrigando, em princípio, a adoção de enfoques integrados de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável. A persistência de uma distância considerável entre os princípios adotados e sua efetiva realização deve-se em grande parte aos arranjos institucionais setorializados, aos interesses específicos de diversas categorias profissionais e à falta de tradição de abordagens interdisciplinares.

4.2 A Constituição de 1988 estabeleceu ou fortaleceu diversos direitos de cidadania e deu grande impulso a participação e a descentralização, com



especial ênfase na saúde, no meio ambiente, na igualdade de gênero e nos direitos de crianças e adolescentes, entre outros avanços:

- a) o Art. 23, nos incisos VI, VII e IX, estabelece a competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, além de combater a poluição em qualquer de suas formas e preservar as florestas, a fauna e a flora;
- b) o Art. 30, nos incisos I e V, estabelece que compete aos municípios legislar sobre assuntos de interesse local, organizar e prestar diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local;
- c) o Art. 196 estabelece a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação";
- d) o Art. 200 estabelece a competência do Sistema Único de Saúde - SUS;
- e) o Art. 225, por sua vez, estabelece que "todos tem direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial a sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e a coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações".

Assim, os preceitos constitucionais favorecem claramente a promoção da saúde de forma integrada com a proteção do meio ambiente, em todos os níveis.

4.3 Em muitos casos, contudo, ainda falta a regulamentação necessária e a aplicação efetiva dos princípios constitucionais, considerados avançados em termos internacionais. Apesar de significativas conquistas no processo de redemocratização do País e de reorganização institucional, observa-se que, para a concretização desses direitos, não bastam uma legislação avançada e a criação de novas estruturas institucionais, nem mesmo quando se conta com a vontade política.

4.4 Desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1966, já e levada em consideração a questão ambiental na problemática da Saúde. Na 8ª Conferência, em 1986, a questão ambiental foi abordada de forma mais acentuada e na 9ª Conferência, em 1992, a legislação brasileira foi considerada adequada, necessitando apenas ser cumprida.

4.5 Contudo, a atenção ao meio ambiente dentro do setor saúde permanece relativamente isolada em áreas específicas, tais como saúde do trabalhador, saneamento e toxicologia, e meio ambiente e ecologia humana, sem permear as

estratégias, nem mesmo em atividades do setor saúde diretamente ligadas a meio ambiente, tais como controle de patologias transmitidas por vetores.

4.6 O Brasil ainda está em processo de implementação da Reforma Sanitária iniciado na década passada, que insistiu no caráter público da saúde, a qual não pode ser considerada como mercadoria, e que consagrou os princípios de universalização, equidade e integralidade. A Política Nacional de Saúde foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), que considera que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população são tidos como expressão da organização social e econômica do País.

4.7 As entidades públicas responsáveis pela Saúde, bem como as entidades privadas conveniadas, constituem o Sistema Único de Saúde (*SUS*). Os objetivos do *SUS* referem-se: a) a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação da Política de Saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o acesso a serviços de saúde; e c) a assistência a saúde, integrando ações assistenciais e atividades preventivas.

4.8 Estão incluídos no campo de atuação do *SUS* alguns processos diretamente relevantes para Saúde e ambiente:

- a) execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral;
- b) participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico;
- c) vigilância nutricional e orientação alimentar;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- e) fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- f) participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

4.9 O *SUS* é composto por órgãos colegiados deliberativos, organizados em forma de conselhos em níveis federal, estadual e municipal, todos com participação da sociedade, assim como por fóruns de decisão colegiados a respeito dos problemas do setor, entre os quais destacam-se as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite. O Conselho Nacional de Saúde (*CNS*) conta com câmaras setoriais, dentre elas a câmara Intersectorial do Saneamento e Meio Ambiente, que tem como objetivo promover estudos com vistas a compatibilizar políticas e programas de interesse para a Saúde, cuja execução envolva setores não compreendidos no âmbito do *SUS*, em especial, entre outros, os de saneamento e de meio ambiente.

4.10 A política ambiental brasileira tem seus fundamentos fixados na Constituição e na Lei 6.938 de 1981, que estabeleceu a Política Nacional de Meio Ambiente e constituiu o Sistema Nacional de Meio Ambiente (*SISNAMA*). O Conselho Nacional do Meio Ambiente (*CONAMA*) e o órgão consultivo e

deliberativo do SISNAMA. O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (*IBAMA*), criado em 1989, e executor da política ambiental no plano federal. Recentemente, deu-se, prioridade para a descentralização da execução da política ambiental para o âmbito das secretarias estaduais. O Ministério do Meio Ambiente, criado em 1992, transformou-se no atual Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal (*MMA*), o qual conta com secretarias específicas de Meio Ambiente e de Recursos Hídricos, entre outras.

4.11 O Programa Nacional do Meio Ambiente (*PNMA*), estabelecido em 1991 com um empréstimo de US\$117 milhões do Banco Mundial, iniciou em 1994 o Programa de Execução Descentralizada (*PED*), que visa a maior participação de estados e municípios e entidades não governamentais na implementação do *PNMA*. A elegibilidade de um Estado para o *PED* exige determinadas estruturas ambientais legais e institucionais, sendo que os governos estaduais e as prefeituras entram em parceria com organizações não governamentais e recebem recursos diretamente da esfera federal.

4.12 A Comissão Interministerial para o Desenvolvimento Sustentável (*CIDES*) foi criada por Decreto Presidencial em junho de 1994, com a finalidade de assessorar o Presidente da República na tomada de decisões sobre estratégias e políticas nacionais necessárias ao desenvolvimento sustentável, de acordo com a Agenda 21. Suas competências incluem a proposição de estratégias e políticas nacionais necessárias à implementação das atividades programadas na Agenda 21, de instrumentos legais necessários à implementação da referida Agenda e dos compromissos internacionais correlatos, bem como de critérios e prioridades nacionais para a obtenção de recursos financeiros, técnicos e tecnológicos necessários a referida implementação. Seu Decreto de criação prevê, ainda o acompanhamento e avaliação das ações resultantes de suas iniciativas.

4.13 A *CIDES* é integrada pelos Ministros de Estado e presidida pelo Ministro Chefe da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República (ex-*SEPLAN/PR* e atual.*ALPO*). A *CIDES* não conta com participação da sociedade civil. Prevê a instalação de uma Secretaria-Executiva, a qual seria exercida pela Secretaria de Planejamento e Avaliação da *SEPLAN-PR* e a criação de três coordenadorias, a saber: Coordenadoria de Assuntos Internacionais, Coordenadoria de Mudança do Clima e Coordenadoria de Diversidade Biológica, cujas presidências estariam a cargo do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Ciência e Tecnologia e do Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, respectivamente.

4.14 As grandes linhas da política ambiental do governo federal que assumiu em 1995 foram definidas no programa de governo intitulado *Mãos à obra, Brasil*. O documento coloca a saúde como uma das cinco metas prioritárias e o saneamento como um dos três setores complementares. O programa ressalta o conceito de desenvolvimento sustentável e princípios gerais, tais como a intersectorialidade, a descentralização e as parcerias Estado-Sociedade. Os assuntos ambientais não estão isolados em capítulo específico, mas permeiam o programa.

4.15 Como resultado do processo de descentralização em curso nos sistemas de saúde e de meio ambiente, as secretarias estaduais e municipais assumem

importância crescente, com ênfase para o nível estadual no setor de meio ambiente e para o nível municipal no setor de Saúde.

4.16 Entretanto, especialmente em regiões menos desenvolvidas e em estados e municípios mais pobres, muitas secretarias ainda não possuem a capacidade necessária para absorver as novas funções a elas atribuídas, como também carecem de recursos. No setor saúde, e particularmente difícil absorver algumas funções antes desempenhadas exclusivamente pelo nível federal de forma vertical, tais como o controle de patologias transmitidas por vetores. No setor ambiente, por outro lado, os interesses locais contrários a proteção ambiental tem maiores chances de exercer influência sobre os governos estaduais e municipais. Adicionalmente, a descentralização vem propiciando várias iniciativas inovadoras, tais como a criação de núcleos de saúde ambiental em algumas secretarias de saúde e núcleos de meio ambiente nas diversas secretarias estaduais.

4.17 O setor de recursos hídricos é regido por um Código de Águas, cuja primeira edição data de 1934. Encontra-se atualmente em tramitação no Congresso Nacional um projeto de Lei que introduz uma visão abrangente sobre o gerenciamento do setor, incluindo a formação de comitês de gestão de bacias hidrográficas, os quais prevêem a participação da sociedade e administram não apenas a água, mas também regulam diversas atividades impactantes nos cursos d'água. Esses comitês representam uma experiência nova, ainda incipiente no Brasil, oferecendo perspectivas de major integração intersetorial.

4.18 O setor de saneamento não conta ainda com uma lei específica que defina a Política governamental a ser seguida, apesar dos esforços empreendidos até o momento, tanto pela sociedade quanto por segmentos de Governo. Em futuro próximo, expirará grande parte das atuais concessões com as companhias estaduais. A perspectiva de concessão da gestão e operação dos sistemas de saneamento à iniciativa privada reforça mais ainda a necessidade de sistemas de regulação, com controle social, que evitem a marginalização dos segmentos populacionais incapazes de arcar com as tarifas. Por outro lado, a legislação que disciplina competências e ações voltadas a coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos, drenagem urbana e controle de vetores, encontra-se bastante incipiente, o que tem gerado interpretações distorcidas no que se refere a competências, bem como trazido dificuldades em desenvolver ações efetivas de controle, por parte dos órgãos envolvidos nas três esferas de governo.

4.19 Além de deficiente, a legislação para o controle de substâncias nocivas ao homem e ao meio ambiente, ou que podem ter utilização ilegal, carece de maior rigor, envolvendo desde a produção e o armazenamento até a comercialização, o uso e a destinação final em sua aplicação.

4.20 O exame do referencial institucional mostra que, apesar dos marcos legais ou conceituais favoráveis, a organização do Estado para o enfrentamento da problemática saúde-ambiente é caracterizada pela fragmentação e setorialização. Normalmente, os setores trabalham de forma desarticulada, inclusive entre os níveis federal, estadual e municipal. Ocorre falta de integração não apenas entre setores, como também dentro

deles, existindo ainda subsetores com visões muito estreitas de suas atribuições.

4.21 Com base na experiência recente, o princípio geral da descentralização está passando por um processo de amadurecimento. Uma vez que o Brasil é formado principalmente por municípios com menos de cinco mil habitantes e possui enorme heterogeneidade regional, os municípios precisam estar mais bem preparados, cabendo ao Governo Federal fornecer apoio e repassar responsabilidades de forma gradativa e sustentável. A descentralização não deve se restringir ao repasse de responsabilidades, mas obriga também o repasse de recursos e o assessoramento. Nos municípios pequenos, os problemas de escala levam a necessidade de uma visão de conjunto, podendo recorrer a mecanismos, tais como consórcios intermunicipais e comitês de bacias hidrográficas, de acordo com cada realidade regional.

4.22 Além da integração prevista explicitamente na Lei Orgânica da Saúde, também existem diversos outros potenciais mecanismos de integração entre saúde e ambiente, tais como o registro de produtos e a regulamentação de padrões de qualidade da água para consumo humano. Em muitos casos, a própria realidade exige a integração intersetorial, uma vez que, por exemplo, o custo elevado da remoção de poluentes da água para consumo requer que os mananciais sejam protegidos, a qualidade do ar depende de controle de emissões e o controle de criadouros de vetores de doenças transmissíveis requer manejo ambiental.

4.23 As estruturas tanto do Sistema Único de Saúde quanto do Sistema Nacional de Meio Ambiente prevêem a participação da sociedade em todos os conselhos, em todos os níveis. Contudo, a participação é minoritária e persiste a fragilidade do controle social sobre as decisões do setor público.

4.24 A Lei dos Direitos Difusos (Lei 7.347 de 1985) constitui uma nova referência ao considerar situações que afetam os direitos e os interesses coletivos, como os que se relacionam a saúde e ambiente. Trata-se de marco legal que permite incorporar novas dimensões a processos relativos a saúde e ambiente, não contempladas por uma lógica de direitos individuais. Foi criado, em 1995, o Conselho Nacional dos Direitos Difusos, como uma nova instância para tratar de questões dessa natureza no País.

4.25 As entidades oficiais de saúde, meio ambiente e saneamento em todos os níveis, mesmo as mais tradicionais e melhor equipadas, enfrentam atualmente problemas generalizados que afetam atualmente as estruturas governamentais e o serviço público, os quais incluem, em graus diferentes, descontinuidade administrativa, falta de recursos, baixos salários, evasão de pessoal, aposentadorias de quadros estratégicos, baixa motivação, entre outros, apesar de contarem com funcionários e profissionais capacitados.

4.26 As reformas constitucionais atualmente em curso, que incluem a reforma administrativa, a reforma da previdência e a reforma tributária, entre outras, além de possíveis reformas específicas nos setores de saúde e meio ambiente, poderão modificar profundamente o quadro legal e institucional. Por outro lado, a Lei de Concessões do Serviço Público (Lei

8.987 de 1995) também afetará atividades de saúde e ambiente, especialmente no setor de saneamento.

4.27 As novas iniciativas do setor privado de estabelecer normas internacionais de qualidade e de impactos ambientais de produtos e processos, tais como as normas *ISO 9.000* (qualidade) e *ISO 14.000* (ambiente), abrem perspectivas de regulamentação pelo mercado para as empresas que aspiram a uma maior competitividade. Cabe ao Estado, no entanto, incorporar nos processos de fiscalização parâmetros de avaliação desses padrões e coibir abusos, com a participação da sociedade, inclusive das comissões de saúde dos trabalhadores e das comissões responsáveis pela prevenção de acidentes.

4.28 Por falta de uma visão integradora, muitas vezes as instâncias colegiadas se ocupam de questões específicas e pontuais, prejudicando seu desempenho como instrumento democrático de estabelecimento e gestão de políticas públicas.

## **Objetivos**

4.29 Garantir o direito de todos os cidadãos a saúde e ao ambiente equilibrado e saudável, no contexto do desenvolvimento sustentável, assegurando-se a efetiva aplicação das normas legais existentes e evitando-se retrocessos no Plano da Constituição, da legislação infraconstitucional e das políticas públicas.

4.30 Assegurar a destinação de recursos orçamentários suficientes para as ações de saúde e ambiente, de forma eficiente, eficaz e realista, com vistas a equacionar os problemas de saúde e ambiente.

4.31 Imprimir as diversas ações que influem na saúde e no meio ambiente uma filosofia de abordagem integral, por meio da promoção de condições de salubridade ambiental que minimizem o contato com poluentes e o surgimento de agravos a saúde decorrentes de impactos ambientais negativos, impedindo a disseminação de doenças transmissíveis, bem como de doenças degenerativas e mentais.

4.32 Promover a articulação intersetorial e a coordenação interinstitucional entre os setores de saúde e meio ambiente, inclusive saneamento e recursos hídricos, sem prejuízo para a agilidade, respeitando as características regionais e locais e utilizando ou readequando as estruturas já existentes.

4.33 Buscar o maior envolvimento e a capacitação das administrações locais no contexto da integração intersetorial.

4.34 Promover a conscientização e a participação efetiva da sociedade na formulação, execução, monitoramento e avaliação de políticas, programas e estratégias de saúde e ambiente, com informação adequada, representatividade e legitimidade.

## **Ações**

4.35 Revisão da legislação e das estruturas institucionais existentes, em todos os níveis, para identificar até que ponto as mesmas incorporam os princípios constitucionais, bem como aqueles estabelecidos nos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, em particular a Agenda 21 e os documentos finais da *COPASAD*.

4.36 Fortalecimento do funcionamento institucional do *SUS* e do *SISNAMA*, com vistas a:

- a) propor mecanismos de abordagem integral e integrada de ações de saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável;
- b) realizar planejamentos estratégicos que levem em conta os custos e benefícios sociais e ambientais, com rediscussão dos serviços prestados e dos tipos de unidades que prestam esses serviços;
- c) adotar procedimentos flexíveis e adequados a diversidade regional em termos ambientais, epidemiológicos, econômicos e culturais, levando-se em conta as necessidades específicas de grupos vulneráveis e de áreas de difícil acesso;
- d) buscar mecanismos para suprir as eventuais carências das instâncias estaduais e municipais por meio de capacitação, assessoria técnica e fomento a cooperação intermunicipal ou a criação de consórcios entre municípios;
- e) ampliar a participação da sociedade nos conselhos, tomando-a mais efetiva, informada, representativa e legítima;
- f) valorizar o trabalho dos servidores públicos através de melhores salários e capacitação, reduzindo-se as diferenças salariais entre os três níveis de governo e incentivando-se a interiorização dos profissionais, bem como os provendo de condições materiais adequadas de trabalho.

4.37 Consideração de estruturas inovadoras para se promover maior integração interinstitucional, buscando-se, também, utilizar ou readequar as estruturas existentes:

- a) inclusão da temática de saúde e saneamento na dinâmica dos Conselhos de Meio Ambiente nas diferentes esferas da administração, assim como na *CIDES*, através de participação de representantes desses setores ou de criação de câmaras técnicas específicas;
- b) inclusão da temática de saneamento e meio ambiente na dinâmica dos Conselhos de Saúde nas diferentes esferas da administração, através de participação de representantes desses setores ou de criação de câmaras técnicas específicas;
- c) inclusão da temática de saúde, saneamento e meio ambiente nos diversos conselhos e órgãos colegiados, tais como a Comunidade Solidária, o Conselho

Nacional de População e Desenvolvimento e os conselhos de orçamento, desenvolvimento, políticas urbanas e direitos difusos;

d) promoção de mecanismos de articulação entre as câmaras técnicas setoriais dos conselhos de saúde e meio ambiente;

e) criação de instâncias específicas que induzam a consideração de questões de saúde e ambiente, no conjunto dos órgãos e setores das diversas secretarias estaduais e municipais.

4.38 Estabelecimento de critérios para definir as circunstâncias em que projetos específicos e políticas públicas, em cada nível de governo, devem ser apreciados não só pelos conselhos de meio ambiente, como também pelos conselhos de saúde.

4.39 Estímulo para que os responsáveis pelo setor de saúde se articulem com os órgãos ambientais e do trabalho quando detectarem problemas cuja solução implica ações daqueles órgãos.

4.40 Integração do planejamento e da execução de ações dos setores de saneamento e de recursos hídricos entre si e com os setores de saúde e meio ambiente.

4.41 Estímulo à conscientização dos servidores públicos e dos representantes nos diversos conselhos sobre a necessidade de se adotar uma visão integradora, sistêmica e interdisciplinar, particularmente no que diz respeito a saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável.

4.42 Estabelecimento de mecanismos de conscientização dos representantes governamentais e não governamentais nos diversos conselhos e colegiados, de forma a promover a difusão das questões discutidas naquelas instâncias, no âmbito das instituições que representam.

4.43 Estabelecimento de programas multi-institucionais na área de saúde e ambiente, com participação da sociedade, para promover a integração intersetorial e assegurar maior continuidade dos compromissos e ações governamentais.

4.44 Utilização de critérios epidemiológicos no planejamento e na execução das ações de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.

4.45 Promoção de estudos que levem em conta todos os custos sociais e ambientais das políticas públicas, analisando as alternativas de prevenção e de medidas curativas ou corretivas.

4.46 Elaboração de conceitos e propostas de legislação sobre direitos difusos e coletivos que contemplem problemas de saúde e ambiente.



4.47 Mobilização da opinião pública para reforçar a ação do ministério público e do judiciário no sentido de garantir a aplicação efetiva das leis que defendem saúde e ambiente.

4.48 Implementação de mecanismos e condições gerais administrativas e financeiras para que funcionem melhor as parcerias com as entidades não governamentais, sem fins lucrativos.

4.49 Promoção de maior transparência do processo orçamentário em todos os níveis, para que a sociedade possa exercer maior controle social sobre a alocação dos recursos públicos.

4.50 Estabelecimento de mecanismos para o acompanhamento da implementação das políticas públicas e dos acordos internacionais.

4.51 Promoção da institucionalização de sistemas de informações que reúnam bases envolvendo as áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.

4.52 Fortalecimento do papel ambiental das comissões de saúde dos trabalhadores e das comissões responsáveis pela prevenção de acidentes nos locais de trabalho.

4.53 Promoção da criação de comissões encarregadas de examinar e propor ações preventivas nos ambientes hospitalares, de forma a evitar a contaminação hospitalar e discutir alternativas para a solução dos problemas decorrentes do lixo hospitalar, entre outros.

4.54 Acompanhamento pelo governo e pela sociedade civil da definição e aplicação de normas internacionais do setor privado para permitir que a implementação das mesmas ocorra em consonância com os interesses da sustentabilidade e da sociedade.

## **5 SETORES NÃO-GOVERNAMENTAIS**

### **Bases para Ação**

5.1 Em face de restrições financeiras e de implementação de reformas administrativas, ou seja, em função de condicionantes objetivos e de decisões de princípios, o Estado está reduzindo seus campos de atuação direta. Entretanto, mesmo nos modelos de mínima interferência direta do Estado, saúde e ambiente são considerados funções típicas do Poder Público. Ainda que o Estado não execute diretamente esses serviços, não se exime da responsabilidade de garantir a plena realização dos direitos de cidadania, especialmente no que se refere a grupos excluídos vulneráveis ou alijados do mercado. Os setores não governamentais, que incluem os indivíduos, as

famílias, as comunidades, as associações, as organizações não governamentais, as cooperativas e as entidades de classe, bem como as empresas, compartilham responsabilidades pela saúde e pelo ambiente, dentro de limites estabelecidos em lei.

5.2 Para que os direitos da população em geral, relativos a saúde e ambiente, sejam cumpridos, mostra-se assim imprescindível a pressão constante por parte da sociedade, em face das restrições financeiras, da inércia da máquina administrativa e das pressões contrárias dos grupos de interesse mais organizados. Esses obstáculos geram a necessidade de "controle social", no sentido de garantirem a sociedade como um todo o acesso a informação, a participação ampla e ao acompanhamento das ações.

5.3 As limitações da ação governamental direta e a institucionalização do paradigma de participação abrem, desse modo, novas perspectivas de formação de parcerias entre governos e entidades dos setores não governamentais, com e sem fins lucrativos.

5.4 Segundo a Lei 8.080 de 1990, o dever do Estado estabelecido na área de saúde não exclui a responsabilidade da sociedade, da família, do indivíduo e da empresa.

5.5 As organizações não governamentais (ONGs) podem constituir-se em importantes parceiros dos governos, desde que existam mecanismos legais e financeiros adequados para a sustentabilidade das parcerias.

5.6 Atualmente, inúmeros colegiados decisórios em saúde e ambiente já contam com a participação de representantes dos setores não governamentais, especialmente ONGs, entre seus componentes.

5.7 Há problemas relativos a sobreposição de atribuições e de representatividade dos membros desses colegiados. Indica-se a necessidade de uma reavaliação dos canais de participação para assegurar que os membros sejam mais representativos e legítimos, tenham melhores condições técnicas e assegurem retorno das posições discutidas as entidades representadas.

5.8 As ONGs exercem papel importante na produção disseminação de informações. Um conjunto de dados e informações sobre as áreas de saúde e ambiente tem sido levantado por iniciativa de ONGs, com base em números fornecidos pelos prestadores de serviços, ou mesmo por levantamentos de sua própria iniciativa.

5.9 As entidades não governamentais tem realizado amplo leque de experiências inovadoras e possuem perfis adequados para implementar algumas ações de educação informal junto a grupos excluídos, vulneráveis ou pouco acessíveis, bem como populações indígenas e tradicionais.

5.10 Em algumas áreas relacionadas a comportamentos individuais ou de

grupos excluídos, a atuação oficial torna-se difícil, podendo ser complementado pelas atividades desenvolvidas em parceria com organizações não governamentais.

5.11 A defesa dos direitos humanos universais e dos direitos do cidadão, definidos na Constituição ou nas leis, depende de ações de monitoramento, vigilância e reivindicação por parte da sociedade civil organizada.

5.12 A eficácia de normas internacionais de caráter ambiental tais como a certificação de origem ou de manejo florestal sustentável depende da credibilidade respaldada pelas *ONGs* nacionais e internacionais.

5.13 Algumas *ONGs* e associações realizam pesquisas econômicas, sociais, políticas e técnico-científicas diretamente relevantes para a formulação e avaliação de políticas públicas.

## **Objetivos**

5.14 Compartilhar responsabilidades no planejamento, na realização e no monitoramento de ações relacionadas a saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, no sentido de garantir a universalização e a equidade.

5.15 Reforçar o papel reivindicador, fiscalizador e de controle social, com transparência e responsabilização recíproca entre setores governamentais e não governamentais.

## **Ações**

5.16 Estabelecimento de parcerias de toda natureza, envolvendo *ONGs*, setor privado e universidades, adequadas para que se atinja o desenvolvimento sustentável.

5.17 Revisão da legislação pertinente e criação de instrumentos legais que sejam adequados a execução de parcerias entre órgãos governamentais e organizações não governamentais sem fins lucrativos, excluindo a obrigatoriedade de contrapartida e permitindo o pagamento de pessoal e de custos indiretos.

5.18 Desenvolvimento de programas de capacitação técnica da participação de entidades representativas da sociedade, no sentido de promover seu fortalecimento técnico.

5.19 produção e disponibilidade de informação adequada para o controle social e para a participação ampla nas ações relacionadas a saúde e ambiente.

I SEÇÃO III  
SETORES DIRETAMENTE ENVOLVIDOS  
EM SAÚDE E AMBIENTE

**6 SAÚDE**

**Bases para a Ação**

6.1 Os princípios gerais que orientam as ações de saúde no Brasil são os da universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis, integralidade das ações, equidade no atendimento e solidariedade no financiamento.

6.2 A base para implementação da atenção a saúde, entendida enquanto direito de cidadania, e o Sistema Único de Saúde (*SUS*), que corresponde ao conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, e, de modo complementar, pela iniciativa privada, mediante contrato de direito público.

6.3 Os princípios gerais que norteiam a constituição e a gestão do *SUS* deverão ser assegurados através da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, da municipalização, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, da integração intersetorial das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, da possibilidade de acesso a informação de modo ágil e adequada e da participação dos usuários nas decisões.

6.4 O campo de atuação do *SUS* inclui, dentre outras, as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemio-lógica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos (Lei 8.080 de 1990, art. 6º).

6.5 Algumas das ações voltadas para a saúde do trabalhador são também do Ministério do Trabalho, devendo ser buscadas alternativas para uma abordagem integrada e abrangente sobre a questão trabalho e saúde no Brasil.

6.6 Apesar do princípio legal da integralidade das ações de Saúde, observa-se, na prática, uma compartimentalização segundo a dicotomia preventivo-curativa, que se reflete, inclusive, na organização das instituições de

saúde, em todos os níveis: federal, estadual e municipal. As atividades desenvolvidas até o momento no âmbito da saúde possuem um caráter mais de identificação de doenças do que gerador de ações preventivas, o que reforça a manutenção do paradigma assistencialista.

6.7 O setor público, em geral, e o da saúde, em particular, tem sofrido processo de fragilização e esvaziamento, decorrente de políticas inadequadas de recursos humanos, principalmente no que se refere aos planos de carreira, cargos e salários, e as aposentadorias.

6.8 Os acordos internacionais estabelecidos durante a Conferência do Rio de Janeiro em 1992 são ainda insuficientemente conhecidos pela comunidade técnico e política que atua nas áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, e pela sociedade em geral.

6.9 A experiência de órgãos colegiados, que contam com a participação da sociedade em seu processo decisório (Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Meio Ambiente e Recursos Hídricos), tem demonstrado a fragilidade das práticas referentes a organização e a participação da sociedade civil.

6.10 Na área da saúde do trabalhador, foram observados avanços na participação e no controle social dos trabalhadores sobre as ações de saúde desenvolvidas pelas instituições públicas e, no âmbito privado, pelo empregador. Essas ações constituem, no entanto, iniciativas de alcance limitado, devido a falta de priorização necessária a uma atuação mais eficaz.

6.11 No que se refere aos parâmetros voltados a avaliação sanitária ambiental, verifica-se a pouca utilização daqueles existentes, ao mesmo tempo em que se identifica a necessidade do estabelecimento de parâmetros complementares.

6.12 Os indicadores de saúde utilizados pelos sistemas de informação existentes não têm sido sensíveis o suficiente para detectar a ocorrência de certos agravos a saúde, provocados por fatores de deterioração ambiental, decorrentes da atividade humana, inclusive os impactos e danos para a saúde dos trabalhadores.

6.13 Os sistemas de informação e monitoramento em saúde e ambiente disponíveis não tem contemplado satisfatoriamente as dimensões coletivas e, menos ainda, os aspectos ambientais no sentido amplo, envolvendo o ambiente de trabalho, a moradia e aspectos socio-culturais.

6.14 No quadro de problemas e dificuldades de saúde e ambiente, podem ser observadas iniciativas inovadoras, além do resgate de práticas tradicionais, em nível local, que necessitam ser mais bem conhecidas, divulgadas e apoiadas, já que representam importante fonte de conhecimento de práticas a serem socializadas.

6.15 O Ministério Público tem aportado importante contribuição para a garantia das condições de saúde, particularmente na área de saúde do trabalhador e da integridade do ambiente, sem que haja, no entanto, a divulgação adequada e necessária dessas ações.

### **Objetivos**

6.16 Incrementar e disseminar uma ação integradora nas políticas setoriais nas áreas de saúde, meio ambiente, saneamento, recursos hídricos, educação e ciência e tecnologia, com vistas a possibilitar o estabelecimento de objetivos convergentes na direção de uma política de desenvolvimento sustentável que garanta a melhoria da qualidade de vida da população, sem comprometimento da qualidade ambiental.

6.17 Respeitar as peculiaridades locais e regionais, no que se refere aos aspectos econômicos, ambientais e socio-culturais, quando da elaboração das políticas setoriais de saúde.

6.18 Garantir a implementação de uma política nacional de saúde orientada pelos princípios e estratégias previstas para o *SUS*, através da definição de fontes adequadas e suficientes de financiamento.

6.19 Viabilizar informações adequadas as distintas necessidades dos diversos atores sociais envolvidos, de modo ágil e eficiente e, principalmente, de forma decodificada e acessível a população em geral.

### **Ações**

6.20 Otimização dos mecanismos de articulação setorial e governamental, evitando-se, na medida do possível, a criação de novas comissões ou órgãos oficiais.

6.21 Criação de mecanismos de articulação entre as câmaras técnicas setoriais dos conselhos de saúde e de meio ambiente, outros conselhos e outros setores governamentais pertinentes, no sentido de uma maior integração interinstitucional.

6.22 Estímulo à participação social nos conselhos e órgãos colegiados existentes por meio de entidades da sociedade, em suas diversas modalidades, garantindo-se a perenidade dessa participação e objetivando a implementação do controle social nas áreas de saúde e ambiente. Esse estímulo dever-se-á processar, entre outras formas, a partir da garantia de acesso ao conhecimento e informação sobre os temas em discussão, de modo ágil, contínuo e adequado às necessidades e características dos diferentes usuários.

6.23 Adoção ou valorização de práticas de intersetorialidade e interdisciplinaridade na elaboração da normatização técnica, incorporando experiências e conhecimentos gerados nas ações de vigilância da saúde.

6.24 Utilização de critérios epidemiológicos no planejamento das ações de saúde e ambiente.

6.25 Identificação ou criação de formas de atuação em parceria entre os setores público e privado, para o desenvolvimento de planos, programas e projetos em saúde e ambiente, na perspectiva do desenvolvimento sustentável.

6.26 Incremento, no âmbito do *SUS*, das práticas de atenção integral a saúde, valorizando as ações de cunho preventivo.

6.27 Fortalecimento das ações de vigilância da saúde, através da ampliação de seu espectro conceitual, incorporando conceitos da área ambiental e da saúde do trabalhador. A coleta e a análise de informações deve incluir aspectos referentes a saneamento, meio ambiente, uso e ocupação do solo, recursos hídricos, assim como informações relativas aos riscos gerados por processos de trabalho, potencialmente capazes de causar danos a saúde dos trabalhadores e da população em geral.

6.28 Apoio a pesquisa de novas tecnologias e ao aperfeiçoamento das já existentes, voltadas para a avaliação do potencial de riscos ambientais e sanitárias, instrumentalizando as ações de vigilância.

6.29 Reformulação das práticas do Sistema de Vigilância da Saúde, incorporando as demandas dos movimentos sociais organizados e, prevendo, sempre que possível, a participação direta desses movimentos, a exemplo do que ocorre na área de saúde do trabalhador.

6.30 Ampliação e reformulação, no que se fizer necessário, dos sistemas de Informação em saúde e ambiente, tomando-os capazes de atender às necessidades de planejamento, gestão e avaliação das ações.

6.31 Revisão crítica dos indicadores de bem-estar e de qualidade de vida, elaborados e divulgados pelos órgãos oficiais, nacionais e internacionais, responsáveis pelas estatísticas, tomando-os suscetíveis de avaliar o grau de sustentabilidade do desenvolvimento.

6.32 Aperfeiçoamento do instrumento de audiências públicas, no sentido de canalizar mais adequadamente a participação da sociedade, instrumentalizar mais legitimamente as decisões tomadas e fortalecer a cidadania.

6.33 Aprimoramento dos indicadores ambientais e de saúde, com vistas a torná-los adequados a identificação de riscos de deterioração ambiental decorrentes de atividades humanas e de fenômenos naturais, inclusive no ambiente de trabalho.

6.34 Reformulação dos indicadores de mortalidade, tomando-os mais adequados para a avaliação de impactos ambientais.

6.35 Desenvolvimento, no âmbito do *SUS*, de um sistema de notificação dos agravos a saúde que inclua aqueles relacionados ao meio ambiente, a exemplo de intoxicações e de doenças respiratórias.

6.36 Desenvolvimento de indicadores de impacto a saúde relacionados aos efeitos da reprodução humana, tais como baixo peso ao nascer e mas formações congênitas, possivelmente decorrentes de fatores ambientais adversos, incluindo aqueles gerados ou presentes nos ambientes de trabalho.

6.37 Incorporação de informações e dados de exposição ambiental, incluindo aqueles gerados por processos de trabalho particulares, no Sistema Nacional de Vigilância do Câncer.

6.38 Incorporação de dados e informações sobre a violência urbana entre os indicadores de saúde e ambiente.

6.39 Aquisição de equipamentos, com respectiva garantia de manutenção, para os laboratórios de Saúde Pública, com a devida incorporação de procedimentos de tecnologia adequada, de forma a ampliar e garantir sua capacidade e efetividade nos processos de análise e diagnóstico de impactos sobre a saúde, decorrentes de situações ambientais adversas.

6.40 Acompanhamento do processo de revisão dos códigos de saúde estaduais e municipais, contemplando as especificidades das áreas de ambiente e de saúde do trabalhador, cuidando para que não haja compartimentalização conceitual e operacional dentro do próprio sistema de saúde.

6.41 Incorporação de metodologias qualitativas, além das quantitativas, na avaliação dos indicadores de nocividade ambiental e de impacto sobre a saúde da população.

6.42 Apoio ao desenvolvimento de pesquisas sobre indicadores de custo/benefício social e ambiental a serem utilizados no processo decisório e na implementação de políticas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.

6.43 Desenvolvimento de mecanismos institucionalizados de cooperação ou parcerias na área de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, entre instituições públicas, *ONGs*, sindicatos e outras formas de organização social.

6.44 Incentivo à incorporação do enfoque da saúde, incluindo a avaliação do impacto sobre a saúde dos trabalhadores, nos estudos de impacto ambiental exigidos pela legislação.



6.45 Promoção do estreitamento das relações entre as áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos com o Ministério Público, subsidiando ou favorecendo a atuação deste, por meio das ações civis públicas, destinadas a prevenir ou a corrigir danos provocados ao ambiente ou a saúde dos trabalhadores e da população em geral.

6.46 Desenvolvimento de alternativas para ampliar e potencializar as atuações dos órgãos públicos, no que se refere as atribuições legais concorrentes entre as distintas instituições, no âmbito do aparelho de Estado, evitando a competição e a duplicação de esforços.

6.47 Desenvolvimento de abordagem sistêmica e integradora para a questão dos resíduos de serviços de saúde e aqueles provenientes de portos e aeroportos, no que se refere a normatização de seu gerenciamento e dos procedimentos técnicos associados.

## **7 AMBIENTE**

### **Bases para Ação**

7.1 Os princípios gerais que regem a área de meio ambiente no Brasil, pautam-se pela Constituição de 1988 que estabelece que todos tem direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, e que esse se constitui em bem de uso comum do povo e essencial a sadia qualidade de vida. O País conta ainda com uma Política Nacional de Meio Ambiente, criada pela Lei 6.938 de 1981, que estabelece a estrutura básica da administração do setor, com o detalhamento de suas finalidades e seus mecanismos de aplicação.

7.2 Embora exista uma legislação apropriada sobre o licenciamento ambiental e a elaboração de estudos de impacto ambiental de projetos potencialmente impactantes, inclusive sobre a saúde humana, tem-se verificado problemas no seu emprego, oriundos especialmente da fragilidade dos órgãos ambientais encarregados da análise desses estudos e do acompanhamento na implementação das medidas propostas.

7.3 As principais distorções verificadas nesses estudos ambientais devem-se a carência de profissionais com a qualificação devida nas equipes de elaboração, a equívocos na abordagem e a falta de capacidade instalada nos órgãos licenciadores. Em grande parte dos casos, os estudos ambientais transformaram-se em instrumentos de referendo aos projetos, sem resultarem em efetivos redirecionamentos do empreendimento ou na proposição de adequadas medidas de mitigação dos impactos.

7.4 Verifica-se uma expressiva fragilidade, ou mesmo inoperância, por parte dos responsáveis pelo licenciamento, no acompanhamento dos projetos após sua aprovação.

7.5 No campo da saúde, os estudos ambientais constituem-se em importantes instrumentos potenciais para predição, mitigação e aferição dos impactos, por meio de adequadas abordagens epidemiológicas. Porém, na maioria dos casos, esses estudos tem apresentado um enfoque pouco consistente sob esse aspecto.

7.6 A ineficiência dos estudos ambientais, enquanto ferramenta integradora da saúde e do meio ambiente no planejamento do desenvolvimento, vem ocorrendo notadamente pela sua limitação como instrumento para empreendimentos isolados e não para programas e políticas de âmbito regional ou nacional.

7.7 Tem-se observado uma inadequação dos parâmetros quantitativos atualmente existentes para a avaliação ambiental, inclusive no que se refere ao saneamento, especialmente em comunidades carentes.

7.8 O setor privado tem investido pouco em projetos que viabilizem a utilização de tecnologias limpas ou que minimizem a geração de resíduos, por não vislumbrar um retomo financeiro para o capital investido.

7.9 Mais recentemente, o advento de critérios ambientais tipo normas *ISO 14.000* vem-se constituindo em alternativa de monitoramento e controle ambiental por meio de mecanismos de mercado, porém que não incorpora os dados de saúde, impedindo uma análise integrada e sistêmica das relações do ambiente e da saúde.

## **Objetivos**

7.10 Adotar um modelo prevencionista, não apenas corretivo ou defensivo, como norteador das políticas setoriais de meio ambiente.

7.11 Incorporar, quando pertinente, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade das ações, da descentralização e da participação social nas políticas de meio ambiente.

7.12 Otimizar o processo de licenciamento ambiental, de tal forma que a dimensão da saúde, que inclui a saúde dos trabalhadores e da população em geral, seja efetivamente considerada no diagnóstico ambiental, na avaliação de impactos e no estabelecimento de medidas mitigadoras e na eventual proposição de novas alternativas tecnológicas e locacionais.

7.13 Fortalecer a atuação do Estado na formulação e controle de padrões de segurança, saúde e meio ambiente que impliquem na melhoria da qualidade de vida de trabalhadores e da população em geral.

7.14 Promover a compatibilização dos padrões de segurança, saúde e meio ambiente estabelecidos pelo Estado, e a utilização de programas e normas internacionais voluntárias, desde que impliquem na melhoria das já existentes.

## **Ações**

7.15 Criação de mecanismos de articulação entre as câmaras técnicas setoriais dos conselhos de saúde e de meio ambiente, no sentido de uma maior integração institucional.

7.16 Ampliação da capacidade técnica e analítica dos órgãos estaduais, de modo a viabilizar a elaboração dos estudos ambientais, com a plena incorporação da variável saúde, garantindo-se os recursos necessários e a autonomia institucional para tal fim.

7.17 Envolvimento dos conselhos de saúde e do sistema operacional de saúde nos processos de licenciamento ambiental, capacitando-os para a função.

7.18 Promoção de uma maior integração entre a epidemiologia e a toxicologia, harmonizando a linguagem e otimizando os estudos de avaliação de impacto sobre a saúde.

7.19 Elaboração de um conjunto de orientações de caráter metodológico para o desenvolvimento do tema saúde nos estudos de impacto ambiental, a serem elaborados de forma articulada entre os Ministérios da Saúde e o do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal. Aperfeiçoamento metodológico que envolve aspectos de diagnóstico, de avaliação de impacto e de proposição de medidas mitigadoras, como também estratégias de acompanhamento e monitoramento, e as eventuais medidas corretivas de controle.

7.20 Fortalecimento das medidas de controle e fiscalização dos empreendimentos após o licenciamento ambiental, envolvendo o judiciário, o Ministério Público e a sociedade.

7.21 Normatização do sistema de notificação ambulatorial de agravos a saúde que podem originar-se dos efeitos da poluição.

7.22 Valorização das audiências públicas, enquanto fórum de participação da população envolvida, na discussão das questões ambientais e introdução, nesses fóruns, da discussão dos impactos sobre a saúde, como forma de indução ao desenvolvimento dessa temática.

7.23 Desenvolvimento de indicadores de sustentabilidade, reavaliando os indicadores tradicionais de bem-estar e de qualidade de vida.

7.24 Aprimoramento dos indicadores de saúde, sanitários e ambientais, com vistas a torná-los aptos a identificar processos de agravo a saúde e a avaliar o potencial de risco, resultante de fatores de deterioração ambiental, incluindo a do ambiente de trabalho.

7.25 Inclusão do conceito de risco na metodologia de avaliação de

impactos ambientais.

7.26 Inclusão, como elemento fundamental nas políticas, programas e projetos de desenvolvimento e de administração da qualidade ambiental, de estratégias e medidas de redução de poluentes na fonte ou de substituição de processos, em oposição a adoção de medidas de controle da poluição voltadas a ponta final do processo produtivo.

7.27 Estímulo tecnológico e fiscal ao uso e tecnologias limpas.

7.28 Emprego de recursos oriundos da aplicação dos princípios poluidor-pagador e usuário-pagador em ações de monitoramento e controle ambiental.

7.29 Compensação dos custos sociais decorrentes dos projetos de desenvolvimento já implantados ou em fase de implantação, nos quais tenham sido identificados relevantes impactos sobre o meio ambiente e sobre a saúde.

## **8 SANEAMENTO**

### **Bases para Ação**

8.1 O saneamento abrange o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, a limpeza pública, a drenagem urbana e o controle de vetores. A área de saneamento desenvolveu-se inicialmente em nível municipal, que detinha a responsabilidade de gerência e execução dos serviços. A partir da década de 70, foram organizadas as empresas estaduais de saneamento, que passaram a operar em grande parte dos municípios em regime de concessão, atendendo o abastecimento de água e o esgotamento sanitário. Esse processo esteve ligado ao início do Plano Nacional de Saneamento (*PLANASA*). Durante a década de 80, verificou-se substancial crescimento na oferta de serviços, mais evidenciado no caso do abastecimento de água. Entretanto, não foram atingidas as metas de atendimento urbano com rede de esgotamento sanitário, sendo que as áreas de limpeza pública, drenagem urbana e controle de vetores não foram contempladas pelo *PLANASA*. A par desse desempenho do setor nas áreas urbanas, o saneamento rural teve atenção incipiente.

8.2 A característica centralizadora da gestão do *PLANASA* fez com que a maioria dos municípios concedentes fosse alijada das decisões e do controle dos serviços. Paralelamente, aqueles municípios que não aderiram ao *PLANASA* não tiveram acesso a recursos federais para a expansão e a melhoria dos serviços. Não obstante, vários desses municípios conseguiram viabilizar a gestão local dos serviços de saneamento com qualidade técnica e políticas tarifárias mais adequadas que as praticadas nos municípios que concederam esses serviços.

8.3 Atualmente, cerca de 30 % da população brasileira abastece-se de água proveniente de fontes inseguras, sendo que boa parte daqueles atendidos pela rede pública nem sempre recebem água com qualidade adequada e em quantidade suficiente. O índice de perdas nos sistemas de abastecimento de

água chega a uma média nacional de quase 50 %, dos quais cerca da metade é constituída de vazamentos e desperdícios e a outra metade constituída de volume distribuído mas não faturado. Além disso, 56 % da população não dispõem de solução adequada para a disposição de seus esgotos sanitários, sendo insignificante a parcela de esgotos coletados que recebe algum tratamento. Carências importantes são também observadas nos serviços de coleta e destinação final do lixo e de drenagem pluvial. Desigualdades regionais e socio-econômicas são a marca do atendimento populacional pelos serviços. O desafio central para o setor é a universalização do atendimento, com equidade, de modo a atender a população de baixa renda.

8.4 Os índices de cobertura de abastecimento público de água não levam em consideração práticas operacionais, tais como a intermitência no fornecimento de água verificada na maioria dos sistemas, que afeta a qualidade dos serviços oferecidos e representa um risco a saúde da comunidade atendida.

8.5 Experiências variadas de forma de gestão tem ocorrido. Destaca-se a assistência técnica prestada pela Fundação Nacional de Saúde a inúmeros municípios de pequeno e médio porte, tendo em vista a capacitação do nível municipal para gestão dos sistemas locais de saneamento. Essa modalidade de cooperação vem demonstrando ser adequada, podendo ser empregada também pelas companhias estaduais.

8.6 Ao longo das últimas décadas, a estruturação do setor de saneamento não tem avançado na direção de alguns paradigmas que vem sendo assimilados por outros setores, como a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e o controle social. Tem-se registrado, entretanto, algumas iniciativas bem sucedidas nesse campo, a exemplo do que ocorre em algumas autarquias municipais. As integrações intersetorial e intra-setorial também são incipientes. A integralidade das ações tem sido também comprometida, uma vez que as práticas usuais de trabalho privilegiam o abastecimento de água e, em menor grau, o esgotamento sanitária, em detrimento das ações de limpeza pública, drenagem urbana e controle de vetores.

8.7 Verifica-se a persistência de uma centralização política do setor em companhias estaduais de saneamento, responsáveis por concessões dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Elas tem tido dificuldades de reverem seu papel institucional e de adotarem uma relação mais cooperativa com o poder municipal, enquanto titular dos serviços, conforme atribuição constitucional.

8.8 O setor de saneamento ressenete-se da existência de mecanismos que definam claramente os papeis das três instâncias de governo - federal, estadual e municipal, bem como estabeleçam os limites de competência entre os agentes institucionais das políticas setoriais afins. Cabe aos níveis federal e estadual um importante papel nos campos do planejamento, financiamento, articulação e assistência técnica, apesar da titularidade dos serviços ser municipal.

8.9 O planejamento e a implementação dos serviços de saneamento têm privilegiado critérios financeiros e demandas políticas, originárias de

pressões nem sempre legítimas, e tem desprezado parâmetros relacionados com os efeitos de suas ações sobre a saúde. Experiências isoladas do exercício do controle social tem-se verificado, como a existência do Comitê Nacional de Saneamento, nos primeiros anos da presente década. Os diversos segmentos do setor vem reivindicando a criação de conselhos de saneamento, como instância de controle social, nos níveis federal, estadual e municipal, encontrando dificuldades na área governamental. No nível federal, existe a câmara intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente do Conselho Nacional de Saúde, assim como uma proposta de criação de uma Câmara de Saneamento subordinada ao Conselho Nacional de Política Urbana.

8.10 Com relação à integração intersetorial, tem-se observado, em geral, um descompasso entre as políticas de saneamento, de saúde, de recursos hídricos, de meio ambiente, de desenvolvimento urbano e habitação. A integração intra-setorial também não vem ocorrendo, em face da desarticulação institucional do setor.

8.11 A Secretaria de Política Urbana (*SEPURB*) do Ministério de Planejamento e Orçamento (*MPO*) vem formulando uma proposta de Política para o setor a qual estabelece ser o Estado responsável pela universalização da oferta essencial a sobrevivência, ficando a complementação dos serviços a cargo do mercado. Tal política preconiza a descentralização, mas reafirma o princípio da recorrência a instâncias superiores, quando as inferiores carecerem de condições.

8.12 O Plano Plurianual (*PPA*) 1996-1999 do Governo Federal prevê programas e projetos de investimentos no setor, concebidos pela referida Secretaria de Política Urbana e pelo Ministério da Saúde. No caso da *SEPURB*, as iniciativas envolvem os seguintes investimentos: a) projeto de modernização do setor saneamento - fases I e II, envolvendo investimentos e o apoio ao desenvolvimento operacional em 17 companhias estaduais de saneamento e prestadores de serviços autônomos; b) projeto de qualidade das águas e controle da poluição hídrica; c) programa de apoio a gestão dos sistemas de coleta e disposição de resíduos sólidos; e d) programa de desenvolvimento tecnológico para o setor de saneamento. Além desses, incluem-se ainda ações de saneamento que envolvem a *SEPURB* e a *FNS-MS* nos âmbitos do Programa de Redução da Mortalidade na Infância e do Programa Comunidade Solidária, prevendo-se atingir centenas de, municípios, elencados segundo indicadores de saúde e condições de sobrevivência de suas populações.

8.13 Constitue, ainda, proposta da *FNS-MS* para o referido *PPA*, a implementação de programas de saneamento com o enfoque de Saúde Pública, especialmente: a) programas de saneamento para controle de agravos a saúde; b) programa de apoio técnico e financeiro a localidades com população inferior a 5.000 habitantes e de assistência técnica aos serviços municipais de saneamento.

## **Objetivos**

8.14 Universalizar o atendimento, com equidade, garantindo o atendimento a população de baixa renda, abrangendo os serviços de abastecimento de água,

esgotamento sanitário, limpeza pública, drenagem urbana e controle de vetores.

8.15 Institucionalizar o setor, com a implementação de um marco legal, democraticamente discutido, que especifique a atribuição das três instâncias federativas. Privilegiar os princípios do caráter público do saneamento, da descentralização, do controle social e da integração intersetorial, com especial ênfase para a relação com a saúde e com o controle ambiental.

### **Ações**

8.16 Planejamento plurianual, em nível nacional, das ações do setor, prevendo uma progressiva ampliação do atendimento, de modo a garantir a universalização e a equidade dos serviços, envolvendo abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza pública, drenagem urbana e controle de vetores.

8.17 Planejamento estratégico a partir da análise dos problemas que afetam a população, contemplando peculiaridades regionais e locais, bem como respeitando seus respectivos níveis de decisão, com atenção especial as ações de controle de perdas e desperdícios nos sistemas de abastecimento de água.

8.18 Estímulo a aprovação de uma legislação federal que institucionalize o setor, a partir de uma discussão ampla, com os diversos segmentos da sociedade, especificando o papel das três instâncias federativas e privilegiando os princípios do caráter público do saneamento, da descentralização, do controle social e da integração intersetorial, com especial ênfase para a relação com a saúde e com o controle ambiental.

8.19 Estabelecimento de mecanismos de gestão eficazes que possibilitem articulação intermunicipal e interestadual, com ênfase para o papel da instância municipal nas suas relações com as concessionárias, garantindo o controle social e a participação da sociedade.

8.20 Criação de conselhos deliberativos para a formulação e o controle da política do setor de saneamento, nos níveis federal, estadual e municipal, com flexibilização da criação dos conselhos no nível municipal, prevendo também a assimilação da discussão setorial pelos conselhos municipais de Saúde ou de meio ambiente.

8.21 Implementação de mecanismos para a integração da política e das ações de saneamento com as de saúde, de recursos hídricos, de meio ambiente, de desenvolvimento urbano e habitação. Participação do setor de saneamento nos conselhos com interface com o mesmo e participação de profissionais daqueles setores nos conselhos de saneamento, assim como criação de mecanismos de articulação entre os diversos conselhos.

8.22 Reorganização institucional da esfera federal no desempenho de suas funções de planejamento, coordenação, articulação, controle, fiscalização e assistência técnica no setor de saneamento. Estímulo ao exercício de papel similar, nos limites de seu nível de competência, pelos governos estaduais.

8.23 Definição do papel dos três níveis federativos e equacionamento do financiamento do setor, considerando a perspectiva do encerramento das concessões dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário e o conseqüente comprometimento do atual subsídio tarifário intermunicipal.

8.24 Adoção de critérios epidemiológicos como parâmetros fundamentais na alocação de recursos, bem como nas fases de planejamento, implementação e avaliação de programas.

8.25 Definição da participação da iniciativa privada no setor de saneamento, fixando o caráter complementar de suas ações, segundo sua capacidade operativa, sempre sob a regulação do Estado e com controle social.

8.26 Desenvolvimento e divulgação de tecnologias adequadas para áreas dotadas de padrões urbanísticos não convencionais.

## **9 RECURSOS HÍDRICOS**

### **Bases para Ação**

9.1 A área de recursos hídricos pode-se constituir em um importante aliado para a implementação de ações de saúde e ambiente, haja vista a importância da água para a vida humana, a agricultura e a geração de energia. Há que se levar em conta o papel dos cursos d'água na veiculação de inúmeras enfermidades, tais como as parasitoses intestinais, a esquistossomose, a malária, a febre amarela, a cólera, a hepatite e a filariose. Além disso, intervenções no campo dos aproveitamentos hidráulicos, como barragens, hidrovias, aduções e projetos de irrigação acarretam riscos de incremento na incidência de algumas doenças. A poluição hídrica de origem química também afeta a saúde da população, além de dificultar e encarecer os sistemas de tratamento de água.

9.2 Do ponto de vista do Governo federal, a recente reorganização ministerial criou a Secretaria de Recursos Hídricos do Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal (MMA), no qual também se encontra a administração dos assuntos afetos à irrigação. Por outro lado, muitos outros ministérios participam do processo de gerenciamento, administrando diferentes setores usuários de recursos hídricos, como, por exemplo, a geração de energia hidrelétrica e a navegação interior. Muitos governos estaduais constituíram secretarias de governo exclusivas, além de contarem com artigos constitucionais específicos sobre recursos hídricos. Há, no entanto, pouca interação com as áreas de saúde e saneamento nas diferentes esferas da administração.



9.3 A área de recursos hídricos promove atualmente sua estruturação no Brasil com vistas a assegurar uma gestão integrada da bacia hidrográfica. Essa forma de gestão facilita a descentralização das ações e permite que os diversos usuários do recurso organizem suas ações em consonância com uma estratégia de desenvolvimento social e econômico sustentável. Iniciativas já empreendidas nas esferas federal, estadual e municipal indicam a viabilidade na adoção desse tipo de modelo de gestão para uma parcela significativa de bacias brasileiras. A implementação mais ampla dessa modalidade de gestão acha-se, no entanto, na dependência de definições legais e institucionais.

9.4 Destaca-se a particularidade das bacias hidrográficas compartilhadas com outros países, o que exige ações coordenadas, de caráter internacional. As principais bacias compartilhadas do País são a Bacia do Rio da Prata, cuja parte brasileira ocupa a quase totalidade de suas nascentes e a maior parte da área drenada, e a Bacia do Rio Amazonas, onde, ao contrário, a parte brasileira não inclui as nascentes de seu principal tributário.

9.5 De um modo geral, a gestão se daria tomando-se como referência a bacia hidrográficas, a qual pode abranger diversos municípios ou estados. Prevê-se a criação de uma instância colegiada deliberadora, com ampla participação da sociedade, e de um organismo de caráter técnico, responsável pela análise de investimentos associados a utilização de recursos financeiros obtidos a partir da cobrança pelo uso ou pela contaminação da água (princípios usuário-pagador e poluidor-pagador).

9.6 O Brasil já dispõe de capacitação técnica para ampliar essas experiências para um número maior de bacias hidrográficas. Já existem exemplos, em níveis federal e estadual, de sistemas de informação sobre disponibilidade e uso da água, que poderiam servir como referência para outras regiões. Por outro lado, diversos centros de pesquisa, nacionais e estrangeiros, tem participado de programas e projetos na área. Em suma, trata-se de setor que já dispõe de meios para estender o seu horizonte de ação, tendo, inclusive, previsto seus próprios mecanismos de financiamento.

## **Objetivos**

9.7 Assegurar que as ações na área de recursos hídricos se processem respeitando critérios de saúde e ambiente condizentes com os princípios de desenvolvimento sustentável.

9.8 Favorecer a consolidação do princípio de gestão de recursos hídricos por bacia hidrográfica.

9.9 Fortalecer a organização do setor, respeitando-se os princípios de descentralização de ações e de ampla participação da sociedade.

## **Ações**

9.10 Análise crítica das experiências de gestão de recursos hídricos já

implementadas no Brasil, com ampla difusão dos resultados obtidos.

9.11 Promoção da articulação dos órgãos colegiados de gestão de bacias hidrográficas com os colegiados que atuam nas áreas de saúde, saneamento e ambiente, nas esferas federal, estadual e municipal.

9.12 Criação de procedimentos que permitam a sociedade participar das discussões envolvendo os projetos na área de recursos hídricos, especialmente os grandes projetos, como a Hidrovia Paraná-Paraguai, a Transposição de Águas do Rio São Francisco e a Rede Interamericana de Recursos Hídricos.

9.13 Promoção de uma gestão participativa dos recursos hídricos, nos diversos colegiados existentes e naqueles que se propõe criar, incluindo todos os segmentos relativos a administração da oferta, do uso, do controle e da preservação dos recursos hídricos, assim como os usuários e a sociedade, buscando garantir assim um gerenciamento integrado desse recurso natural.

## SEÇÃO IV REQUISITOS PARA A AÇÃO INTEGRADA

### **10 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE E AMBIENTE**

#### **Bases para Ação**

10.1 A capacitação profissional em suas diferentes modalidades tem-se efetuado de maneira estanque, segundo os moldes compartimentalizados existentes nas instituições de ensino e nos órgãos de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.

10.2 Observa-se uma significativa compartimentalização na formação acadêmica dos profissionais que atuam nas áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos. Esses profissionais, uma vez inseridos em instituições governamentais e mesmo no âmbito universitário, tem uma real dificuldade em incorporar uma visão integradora necessária ao desenvolvimento de atividades em um contexto de desenvolvimento sustentável.

10.3 A falta de uma política de recursos humanos adequada, com carências que se refletem em plano de cargos e salários, programas de capacitação, entre outros, tem contribuído para a baixa motivação dos profissionais, provocando, de forma recorrente, evasão de profissionais dos órgãos públicos para a iniciativa privada. Além disso, o problema das aposentadorias de quadros estratégicos tem dificultado a manutenção de equipes capacitadas nas instituições públicas.

10.4 A descentralização, a integralização e a intersetorialidade criam novas demandas de profissionais em quantidades maiores e com características diferentes que no passado.

#### **Objetivos**

10.5 Capacitar os profissionais que atuam nas áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos de forma que possam desenvolver dialogo interdisciplinar, com incorporação de metodologias analíticas e tecnologias condizentes com o conceito de desenvolvimento sustentável.

10.6 Desenvolver políticas de capacitação continuada para os profissionais da área de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, voltada para uma atuação integrada e interdisciplinar.

10.7 Desenvolver uma política de recursos humanos no setor público, objetivando tanto atrair quadros qualificados como evitar a evasão de profissionais, garantindo condições adequadas de trabalho.

## **Ações**

10.8 Desenvolvimento de atividades de treinamento e capacitação de técnicos executores locais, nos setores de meio ambiente, saúde, saneamento, recursos hídricos e educação.

10.9 Integração permanente entre os Ministérios da Educação e do Desporto, da Saúde e do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal e do Planejamento e Orçamento, com vistas a formação de recursos humanos aptos a atender as novas demandas.

10.10 Estabelecimento de parcerias entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e as universidades, para promoção de cursos de especialização em vigilância epidemiológica e sanitária que incorporem aspectos relativos ao desenvolvimento sustentável.

10.11 Criação de cursos de pós-graduação *strictu sensu e latu sensu* em saúde e ambiente, viabilizando a capacitação de profissionais em geral no contexto do desenvolvimento sustentável, observados critérios de qualidade técnico e necessidades sociais a serem atendidas pelos cursos.

10.12 Incorporação, nos cursos de especialização em Meio Ambiente e Engenharia Sanitária, de conteúdos da área de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador, bem como manutenção dos conteúdos básicos de saneamento nos cursos de Saúde Pública.

10.13 Capacitação de recursos humanos para analisar e avaliar o componente da Saúde humana nos Estudos de Impacto Ambiental.

10.14 Fomento ao desenvolvimento de conteúdos e metodologia interdisciplinares na formação acadêmica dos profissionais de Saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.

10.15 Preocupação especial na formação dos docentes de ensino superior das áreas de saúde, meio ambiente, saneamento, recursos hídricos ou áreas correlatas, proporcionando reciclagem dos mesmos em assuntos ligados aos problemas ambientais locais, regionais, nacionais e mundiais.

## **11 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE E AMBIENTE**

### **Bases para Ação**

11.1 Os sistemas de informação existentes nos diversos setores relacionados as áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos refletem a segmentação setorial, resultando em dificuldades de acesso pelas diversas agências envolvidas e a falta de uma base lógica consistente, que possibilite

a utilização das informações geradas setorialmente por qualquer um dos outros setores envolvidos.

11.2 Existem sistemas de informação no plano federal, estadual e municipal, com grandes carências. A partir de 1978 foi elaborado o Sistema de Informações do Meio Ambiente. Em 198, com a institucionalização da Política Nacional do Meio Ambiente (Lei 6.938), foi criado o Sistema Nacional de Informações sobre Meio Ambiente - *SINIMA*, como instrumento de implementação. Em realidade, o início da implementação do *SINIMA* é bastante recente e deverá possibilitar o processamento de informações fidedignas, como suporte aos processos de planejamento, zoneamento, gestão e operacionalização das ações de desenvolvimento.

11.3 No geral, os sistemas de informação e monitoramento na área de saúde e ambiente carecem de uma visão epidemiológica abrangente. As categorias agregadoras adotadas não refletem adequadamente dimensões coletivas referentes a espaço, gênero, trabalho e variáveis socio-econômicas. Os indicadores utilizados restringem-se, na maioria das vezes, ao âmbito da clínica, que se caracteriza pela abordagem individual, na medida em que não leva em consideração o método epidemiológico, necessário para avaliar a possível relação causal da patologia com o meio ambiente.

11.4 Os dados, sistematizados pelo Centro Nacional de Epidemiologia (*CENEPI*) e publicados no Informe Epidemiológico do SUS, incluem os de mortalidade geral e de doenças de notificação obrigatória. No entanto, há necessidade de informações de mortalidade infantil desagregada.

11.5 Destaca-se, ainda, que a falta de condições econômico-financeiras, bem como a carência de recursos humanos e a baixa incorporação das informações sobre saúde e ambiente no processo de planejamento são fatores que contribuem para a precariedade dessas informações.

11.6 Não há sistema de informação em saneamento. A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (*IBGE*) desenvolveu em 1989 a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, experiência de grande importância para o setor, com levantamentos específicos junto às prefeituras sobre os sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos urbanos. Entretanto, após o processamento, desenvolvido ao longo de cerca de quatro anos, apenas alguns dados foram publicados, não estando previstas novas pesquisas.

11.7 A inclusão de dados de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos no questionário aplicado, em caráter universal, no Censo Demográfico de 1991 possibilitou, pela primeira vez, a tabulação de informações desagregadas em nível de setor censitário. Entretanto, esses dados retratam com fidelidade apenas a situação intradomiciliar.

11.8 Dados sobre saneamento tem sido levantados por iniciativa de *ONGs* (*ABES*, *ASSEMAE*), com base em informações fornecidas pelos prestadores de serviços, incluindo informações operacionais e de cobertura. No caso da *ABES*, a pesquisa tem caráter anual, sendo acessível ao público interessado,

havendo necessidade, no entanto, de compatibilizarão de informações coletadas nas demais fontes relacionadas com a área.

11.9 Destaca-se a existência de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) para a gestão urbana e rural, que estabelecem metodologia que oferece potencial para reunir, em uma única base, informações sobre meio ambiente e riscos para saúde.

11.10 Os dados de saneamento devem levar em conta todas as características relevantes do serviço. O percentual de cobertura de rede pública de água tratada, por exemplo, não leva em consideração fatores como a intermitência no fornecimento, a qual resulta em danos à saúde pública.

11.11 Existem poucos mecanismos de difusão de informações sobre programas de financiamento de projetos, legislação setorial e cadastros de entidades.

11.12 Não são produzidos e utilizados indicadores que permitam o monitoramento contínuo de impactos sobre saúde e ambiente.

### **Objetivos**

11.13 Produzir informações atualizadas, que relacionem indicadores de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, com os devidos cruzamentos, de forma desagregada, permitindo a análise detalhada e, com uso de denominadores, de modo a propiciar comparações e obtenção de índices.

11.14 Gerar informações adequadas para orientar a ação e o monitoramento, bem como para a reformulação de políticas públicas.

11.15 Garantir o direito de acesso às informações em saúde e ambiente.

11.16 Tratar as informações de modo que possam ser assimiladas pela população em geral, contribuindo para um processo de fortalecimento da cidadania.

11.17 Adotar parâmetros ambientais na sistematização de informações epidemiológicas.

### **Ações**

11.18 Reformulação e fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e meio ambiente, favorecendo a integração entre eles e com o sistema do IBGE.

11.19 Compatibilizarão conceitual, espacial e metodológica dos indicadores, de forma a possibilitar a integração entre diversos sistemas de informações.

11.20 Definição de metodologias para levantamento de informações por amostragem, viabilizando uma maior periodicidade e agilidade, com menor custo, na obtenção dos dados.

11.21 Descentralização dos sistemas de informação, com apoio técnico e financeiro aos órgãos locais.

11.22 Apoio ao desenvolvimento de sistemas de informação junto a ONGs.

11.23 Sistematização e difusão de informações abrangendo linhas e programas setoriais, dispositivos legais e cadastros institucionais.

11.24 Disseminação da informação através de publicações e com uso de meios eletrônicos, estimulando a participação de ONGs.

11.25 Desenvolvimento da utilização de indicadores de custo/benefício social e ambiental, assim como de indicadores de sustentabilidade.

11.26 Aperfeiçoamento dos indicadores de saúde, considerando parâmetros ambientais, tais como os relacionados as doenças de veiculação hídrica e a toxicologia.

11.27 Refinamento dos indicadores de mortalidade por faixa etária, desagregando os óbitos infantis por fases neonatal e tardia.

11.28 Definição de indicadores que possam ser utilizados para comprovar danos à saúde e ao ambiente, em nível local, diante de causas judiciais e ações civis promovidas no sentido de garantir os direitos do cidadão, inclusive os direitos difusos.

11.29 Definição de indicadores e interpretações sobre a situação de saúde e ambiente que possam ser compreendidos e assimilados pela população.

11.30 Desenvolvimento de indicadores contínuos de qualidade de vida que permitam, através da ponderação de variáveis, como qualidade do ar, da água, nível de ruído, existência de áreas verdes, condições de lazer etc., alertar a população e as autoridades sobre os riscos cotidianos.

## **12 EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

### **Bases para Ação**

12.1 A educação em saúde e a educação ambiental constituem-se meios fundamentais para se alcançar a plena cidadania com qualidade de vida, gerando resultados em curto, médio e longo prazos. Contribuem para a participação mediante formulação de reivindicações da sociedade sobre saúde e ambiente e a potencializarão do cidadão, aumentando seu poder de negociação política. O conhecimento ambiental e sanitário pode também contribuir para o desenvolvimento sustentável na medida em que diminui desigualdades na capacidade dos cidadãos de lidar com riscos, gerando consciência social sobre seus problemas, e capacita tomadores de decisão, induzindo, conseqüentemente, relações mais equilibradas entre os seres humanos e o meio ambiente.

12.2 Mesmo em condições sanitárias e ambientais adversas, os indivíduos e as famílias podem-se defender contra muitos riscos a saúde, mediante a adoção de comportamentos adequados de higiene, alimentação e gestão do ambiente doméstico e peridomiciliar, o que exige informação sobre velhos e novos riscos, bem como estratégias viáveis de auto-proteção.

12.3 A participação efetiva da sociedade nas decisões políticas, pelos diversos canais (eleições, manifestações de opinião, conselhos, audiências públicas etc. ), requer melhoria na quantidade e na qualidade do conhecimento e da informação aos quais os cidadãos tem acesso.

12.4 A integração entre saúde e ambiente e relativamente nova e, exceto em um círculo restrito, o próprio conceito de desenvolvimento sustentável, como também o conteúdo de documentos internacionais importantes, tais como a Agenda 21, continuam pouco conhecidos.

12.5 Embora a educação em saúde e a educação ambiental encontrem-se amplamente difundidas no sistema escolar, desde o nível fundamental até o superior, observa-se que: a) persistem elevados índices de evasão escolar; b) o ensino se dá de forma setorializada; c) os professores raramente contam com preparação adequada; e d) o material didático caracteriza-se por diversas deficiências, especialmente no que diz respeito ao meio urbano.

12.6 Além da educação formal, existe grande variedade de iniciativas de educação informal em saúde e em meio ambiente, promovidas por governos nos diversos níveis, universidades (atividades de extensão ), fundações e organizações não governamentais, com utilização de palestras, cartazes, cartilhas, eventos, boletins, entrevistas na imprensa, vídeos e teatro popular, entre outros meios.

12.7 O Brasil encontra-se em situação privilegiada em termos de meios de comunicação de massa. O rádio e a televisão atingem quase a totalidade da população, sendo que a informática, inclusive o correio eletrônico, já alcança patamar relativamente elevado de desenvolvimento em determinados segmentos. Por outro lado, a maior parte da população, especialmente a jovem, é alfabetizada e, portanto, tem acesso a comunicação escrita produzida. Contudo, não esta sendo devidamente aproveitada a capacidade existente dos meios de comunicação para veicular informações sobre saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável. As mudanças na legislação sobre



concessões dos serviços podem, por outro lado, trazer mudanças significativas ao setor.

12.8 Embora os paradigmas do binômio saúde e ambiente sejam recentes, também falta maior disseminação das experiências bem sucedidas, realizadas por governos nos diversos níveis, instituições de ensino, empresas, comunidades e organizações não governamentais.

## **Objetivos**

12.9 Alcançar maiores níveis de conscientização da população, desde a idade pré-escola, em todos os segmentos da sociedade, sobre saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável e suas interrelações.

12.10 Criar consciência dos respectivos direitos e deveres do cidadão, do Estado e do setor privado no que diz respeito a saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável.

12.11 Esclarecer a população quanto as possibilidades de prevenção de agravos à saúde por meio de medidas de auto-proteção, tais como gestão ambiental doméstica, higiene, destinação de lixo e outros dejetos, alimentação e estilos de vida saudáveis.

12.12 Melhorar a capacidade dos cidadãos e da sociedade de participar, de maneira informada e consistente, por meio dos diversos mecanismos, tanto das decisões sobre políticas públicas que incidem sobre saúde e ambiente, quanto dos processos de monitoramento e controle.

12.13 Aumentar o conhecimento a respeito de saúde e ambiente e de documentos internacionais e nacionais relevantes, tais como a Agenda 21 e o presente plano, por parte dos formadores de opinião e tomadores de decisão nas esferas executiva, legislativa e judiciária, em todos os níveis.

## **Ações**

12.14 Elaboração de estratégias para a promoção, pelos diversos níveis de governo e com as parcerias adequadas, de programas e atividades formais e informais de educação ambiental e de educação em saúde que promovam o desenvolvimento sustentável, inclusive utilizando meios inovadores dirigidos a públicos diferenciados.

12.15 Realização de campanhas de educação que esclareçam sobre o uso adequado dos sistemas de saneamento, visando a minimização de problemas operacionais e a redução do desperdício de água potável.

12.16 Promoção no sistema de ensino, do nível fundamental ao superior, de uma visão integradora que leve em conta as interdependências entre saúde e

ambiente, como também suas interrelações com as diversas outras áreas de conhecimento, por meio de:

- a) avaliação do estado da arte sobre as interrelações entre saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável, com proposição de conteúdos e metodologias interdisciplinares;
- b) revisão dos currículos escolares e materiais didáticos existentes para torná-los mais adequados a realidade brasileira;
- c) integração permanente dos trabalhos de educação ambiental e em saúde entre os ministérios da Educação e do Desporto, do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal e da Saúde, bem como entre as respectivas secretarias estaduais e municipais;
- d) formação de educadores e treinamento específico para professores de diversas disciplinas, inclusive aquelas não diretamente relacionadas as ciências da saúde e ambientais, bem como formação de recursos humanos especializados em trabalho interdisciplinar;
- e) desenvolvimento e disseminação de metodologias transdisciplinares que promovam um alcance maior para análise que o obtido a partir da articulação entre disciplinas distintas.

12.17 Identificação de meios de auto-proteção viáveis e realização de campanhas de educação pública sobre tópicos, tais como: os riscos de água contaminada, as medidas de higiene, a disposição do lixo e dos esgotos, a gestão do meio ambiente doméstico e peridomiciliar, a diminuição de contato com vetores de doenças transmissíveis e os riscos associados ao uso e a ingestão de agrotóxicos.

12.18 Realização de campanhas de educação que esclareçam sobre o uso adequado dos sistemas de saneamento, visando a minimização de problemas operacionais e a redução do desperdício de água potável.

12.19 Maior divulgação de documentos, tais como a Agenda 21, o presente Plano e os documentos resultantes da COPASAD, assim como comunicação sobre problemas e possíveis soluções na área de saúde e ambiente, dirigida especialmente a formadores de opinião e tomadores de decisão.

12.20 Parcerias com as universidades, as organizações não governamentais e o setor privado para a disseminação de informação sobre saúde e ambiente para o público em geral.

12.21 Maior uso da televisão, do rádio e dos meios de comunicação tradicionais para disseminar informações sobre saúde e ambiente.

12.22 Identificação e disseminação de experiências bem sucedidas de iniciativas populares e de participação da sociedade na formulação e no acompanhamento de políticas, planos e programas de saúde e ambiente, no contexto do desenvolvimento sustentável.

12.23 Capacitação e treinamento de professores do ensino médio e tecnológico para formarem os recursos humanos de nível técnico.

12.24 Introdução de conteúdo das áreas de saúde e meio ambiente nos currículos de ensino médio dos cursos profissionalizantes.

## **13 PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO**

### **Bases para Ação**

13.1 Os principais órgãos de nível federal para o fomento da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico são o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Financiadora de Estudos e Projetos (*FINEP*) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (*CAPES*), ligados ao Ministério da Ciência e Tecnologia e ao Ministério da Educação e do Desporto, bem como o Banco do Brasil (*BB*) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (*BNDES*). No plano estadual, além de secretarias específicas, existem muitas novas fundações de apoio a pesquisa, que contam com parcela fixa dos orçamentos estaduais. A maior parte da pesquisa no Brasil é desenvolvida nas universidades e institutos de pesquisa, mas uma parte também é realizada em empresas e organizações não governamentais. A produção está concentrada na região Sudeste. As verbas para pesquisa atendem principalmente a demandas formuladas pelos próprios pesquisadores, havendo poucos programas de pesquisa dirigida.

13.2 A prática da interdisciplinaridade e a pesquisa de tecnologias apropriadas às condições do País constituem-se em grandes desafios da ciência e da tecnologia no Brasil. Além disso, há ainda importantes aspectos a serem melhor discutidos e equacionados, que envolvem, por exemplo, o consumismo tecnológico, no qual a absorção de tecnologias geradas nos Países desenvolvidos se processa de forma pouco crítica.

13.3 A pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área ambiental estão ainda carentes de uma formulação mais sólida das prioridades de investigação em face das necessidades nacionais.

13.4 A primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em outubro de 1994, que contribuiu para a formulação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, favoreceu uma reflexão nacional sobre o tema. Enfatizou que a reorientação do modelo de institucionalização de ciência e tecnologia no Brasil poderá acarretar:

- a) o aumento tanto da seletividade no fomento da ciência e da tecnologia, quanto de mecanismos de avaliação de qualidade;
- b) o reforço das atividades de coordenação e integração entre instâncias governamentais, concomitantemente a descentralização e a flexibilização da gestão das instituições de ciência e tecnologia;
- c) a cooperação e as associações internacionais, em especial com os participantes do *MERCOSUL*;
- d) o estímulo ao engajamento dos grupos de pesquisa em trabalhos aplicados;
- e) a organização e a modernização tecnológica do setor industrial;
- j) o aumento dos investimentos privados e dos programas de pesquisa, em

associação com parceiros da indústria; e g) a superação das condições atuais de educação e saúde da população brasileira.

13.5 A referida Conferência definiu os seguintes "grandes temas" de ciência e tecnologia em saúde: a) políticas e sistemas de atenção a saúde; b) quadro sanitária ou estudos epidemiológicos, socio-culturais e ambientais; c) tecnologias e insumos básicos em saúde; d) ciências de apoio; e) políticas de recursos humanos; j) fortalecimento institucional; g) avaliação tecnológica e regulação; h) informação; e i) disseminação de conhecimentos e tecnologias.

13.6 Nesse contexto, torna-se necessária a investigação sobre a exploração da biodiversidade existente no território brasileiro, para a produção industrial de fármacos e outras substâncias e para o conhecimento de plantas medicinais, garantindo sua apropriação de forma compatível com os interesses da população brasileira.

13.7 Importantes tópicos de investigação em saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável são:

a) *alimentos e agricultura*: efeitos sobre a saúde das práticas atuais de produção agrícola e das formas de consumo de alimentos; satisfação das necessidades crescentes de alimentos e controle de pragas, de forma compatível com a preservação do ambiente natural; práticas agrícolas, de produção, de distribuição e de consumo, que respaldem o desenvolvimento agrícola sustentável, ao mesmo tempo que melhorem a inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos; manejo florestal e da biodiversidade, de forma ambiental e sanitariamente adequada; e tecnologias para pequenos produtores e populações tradicionais;

b) *recursos hídricos*: tecnologias para o tratamento da água doce, capazes de assegurar sua qualidade, contra agentes microbiológicos e químicos; impactos sobre a saúde e o ambiente de projetos de irrigação e barragens; riscos de ocupação de áreas de proteção de mananciais; custos e benefícios ambientais e sanitárias; e tecnologias visando a minimização das perdas e dos desperdícios em sistemas de abastecimento de água;

c) *saneamento*: tecnologias para coleta e tratamento de dejetos, para abastecimento de água e para resíduos sólidos, que objetivem sua adequação as condições locais, a otimização dos sistemas e a ampliação do acesso aos serviços, com vistas a melhoria das condições de vida da população;

d) *energia*: alternativas energéticas como biomassa, biocombustíveis, conversão de resíduos, energia solar, energia eólica, geotermia e geração de energia hidráulica de pequena escala; contaminantes relacionados com a energia, em especial os relativos a geração e ao transporte, no tocante a sua trajetória ambiental, a sua forma e ao alcance da exposição humana; efeitos dos campos eletromagnéticos sobre a saúde; e avaliação quantitativa dos benefícios e custos - econômicos, sanitárias e ambientais - de diferentes opções energéticas;

e) *indústria*: relações de causa-efeito, dose-efeito e dose-reação na avaliação de misturas químicas e de exposições combinadas a agentes químicos, físicos e biológicos; avaliação de risco, em situações onde se

verifica exposição durante longo período de tempo a baixos níveis de agentes químicos e físicos; avaliação dos efeitos sobre a saúde provocados pelos produtos químicos, antes de sua introdução no processo industrial; tecnologias limpas e avaliação de impactos provocados pela exploração mineral; processos pelos quais contaminantes atingem o organismo humano e são absorvidos (reações somáticas, genéticas e comportamentais, incluídas as reações imunológicas); identificação de populações em risco especial; e aplicabilidade de dados sobre saúde ocupacional, provenientes de países industrializados de zonas temperadas, a populações de países em vias de industrialização em zonas tropicais;

f) *urbanização e assentamentos humanos*: sistemas práticos e adequados de estatísticas urbanas, capazes de respaldar o planejamento, o desenvolvimento e a gestão urbana e regional; tecnologias de baixo custo, apropriadas para vários contextos e tamanhos de assentamentos humanos, que auxiliem as iniciativas de governos locais e comunidades, de modo a proporcionar serviços básicos e a reduzir a geração de resíduos, a contaminação e as exposições a perigos evitáveis;

g) *medicamentos*: uso tradicional de plantas medicinais para prevenção e tratamento; produção de fármacos, a partir da biodiversidade, avaliando aspectos tecnológicos, políticos e econômicos envolvidos na sua exploração;

h) *indicadores*: indicadores adequados para a aferição das condições de saúde e ambientais, inclusive intra-urbanas, com a finalidade de subsidiar o estabelecimento de necessidades e de definir intervenções apropriadas; indicadores biológicos, validados para a determinação do alcance real das exposições humanas; aperfeiçoamento de indicadores de Saúde ambiental, desenvolvimento humano, a relação custo-benefício social, a violência urbana e variáveis relacionadas a saúde reprodutiva;

i) *metodologia de investigação*: incorporação de metodologias qualitativas, além das quantitativas, na avaliação dos indicadores de qualidade ambiental, sustentabilidade e transdisciplinaridade.

## **Objetivos**

13.8 Desenvolver tecnologia apropriada para o desenvolvimento sustentável, em áreas tais como a agricultura, a indústria, os transportes, a energia, a mineração e a infra-estrutura de grandes projetos, com geração de benefícios para a saúde e o bem-estar das populações direta e indiretamente envolvidas.

13.9 Conhecer, com maior abrangência e especificidade, as relações entre degradação ambiental e a saúde da coletividade no contexto brasileiro.

13.10 Desenvolver uma prática interdisciplinar nas instituições de pesquisa nacionais.

## **Ações**

13.11 Implementação de uma sistemática de avaliação sobre a forma e o grau com que os resultados das pesquisas em saúde são traduzidos na implementação das ações da saúde pública e, analogamente, sobre os efeitos da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico da área ambiental, no

aprimoramento das técnicas de controle, bem como avaliação das contribuições do desenvolvimento científico e tecnológico em geral, para o desenvolvimento sustentável.

13.12 Estabelecimento de mecanismos de fortalecimento e valorização trabalho interdisciplinar, que investiguem a relação saúde-ambiente com uma visão de sistemas complexos.

13.13 Estabelecimento de uma agenda de áreas temáticas prioritárias para pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável, em articulação com entidades voltadas para a ciência e a tecnologia, tais como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e a Academia Brasileira de Ciências. Incentivo e estímulo, por parte dos agentes financiadores, ao engajamento dos pesquisadores a referida agenda.

13.14 Promoção de pesquisa nas diversas regiões do País, estimulando o desenvolvimento de tecnologias adequadas as condições socio-econômicas, ambientais e nosológicas de cada região.

## SEÇÃO V IMPLEMENTAÇÃO

### 14 FINANCIAMENTO

#### Bases para Ação

14.1 As ações de saúde e ambiente do setor público são normalmente financiadas através de impostos e contribuições sociais, com repasses aos orçamentos públicos das diferentes instâncias administrativas. Na área de saneamento há, também, financiamento de ações via tarifa para sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitária, a partir de dotações de agentes financeiros nacionais, através de pagamentos por serviços prestados ou de doações ou empréstimos externos.

14.2 Os recursos internos e externos tomam-se cada vez mais escassos e os recursos disponíveis nem sempre estão sendo bem empregados. As administrações, em todos os níveis, enfrentam enormes dificuldades de atendimento das necessidades existentes. Por outro lado, a sonegação fiscal é importante, envolvendo taxas, tributos e contribuições sociais que financiam, direta ou indiretamente, as ações na área de saúde e ambiente.

14.3 O controle social sobre o processo orçamentário é pouco efetivo, em função dos processos administrativos tradicionais de repasse e alocação de recursos, que se acham ainda bastante codificados e pouco compreensíveis para não especialistas.

14.4 Muitas vezes, observa-se o repasse de recursos sem critérios explícitos, o que cria a necessidade de fiscalização intensa em um círculo vicioso. Ocorrem, também, diferentes tipos de distorções nos sistemas de financiamento, tais como paralelismo de programas e projetos.

14.5 Esses aspectos, aliados a existência de um sistema privado de prestação de serviços na área de saúde, contribuem para explicar a ocorrência de dois patamares diferenciados de atendimento aos usuários, beneficiando aqueles que tem acesso por renda ou por influência. O acesso aos serviços de saneamento e de uso dos recursos hídricos é, também, desigual.

14.6 Algumas experiências mostram que, mesmo com os poucos recursos financeiros disponíveis, é possível mudar a situação do saneamento por meio de promoção de associações locais, com fortalecimento e apoio ao poder municipal.

14.7 Está sendo reavaliado todo o sistema de seguridade social no País, o que, além de mudar o sistema previdenciário, poderá trazer conseqüências importantes para o financiamento das ações de saúde.

14.8 Há espaço para implementação de novas normas de financiamento, como por exemplo, a utilização de recursos advindos pela cobrança pelo uso da água para viabilizar ações no âmbito de bacias hidrográficas, bem como aqueles que poderiam advir da aplicação mais efetiva do princípio poluidor-pagador.

### **Objetivos**

14.9 Buscar a implementação efetiva de políticas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, além da busca de novos recursos e a reordenação de financiamentos já existentes, com coordenação adequada, limitando-se a superposição de solicitação de recursos e o paralelismo de projetos.

14.10 Incentivar novas fontes nacionais de financiamento, reservando-se papel acessório, porém importante, a cooperação financeira internacional.

14.11 Dar prioridade ao financiamento de programas que contemplem ações integradas de saúde e ambiente, incorporando a visão epidemiológica.

14.12 Garantir disponibilidade de recursos para os municípios mais necessitados e estimular estados e municípios a aplicarem mais recursos em saúde e ambiente, seja através de seus próprios instrumentos, seja através do estabelecimento de parcerias.

14.13 Assegurar, sempre que possível, o financiamento do serviço de saneamento por meio de tarifas, sem, entretanto, implicar na exclusão do acesso aos serviços por parte dos grupos menos favorecidos.

14.14 Promover a democratização das informações sobre a disponibilidade de recursos externos para a área.

14.15 Assegurar democratização e transparência na elaboração dos orçamentos nas diferentes esferas da administração.

### **Ações**

14.16 Avaliação crítica do funcionamento do sistema de financiamento da saúde e da seguridade social, assim como formulação de novas propostas que garantam a universalização, a equidade e a integralidade.

14.17 Mobilização de recursos orçamentários necessários para as ações de saúde e ambiente.

14.18 Reiteração dos compromissos dos países desenvolvidos no fornecimento de recursos financeiros adicionais, em conformidade com as decisões refletidas na Agenda 21.



- 14.19 Intensificação do combate a sonegação fiscal e dos encargos sociais, em níveis federal, estadual e municipal.
- 14.20 Elaboração de planos permanentes de investimentos em saneamento, formulados a partir de necessidades definidas por meio de planejamento estratégico integrado entre os setores de saúde e os demais setores de desenvolvimento e informações locais.
- 14.21 Estabelecimento de tarifas de água e de esgotos, fixadas pelo município, realistas e justas, com percentuais destinados para investimentos.
- 14.22 Especificação da origem e dos mecanismos de subsídios para tarifas de água e esgotos, incluindo subsídios a oferta essencial para populações focalizadas.
- 14.23 Utilização de recursos do *FGTS* e de fundos de desenvolvimento regionais para o saneamento, com condições de financiamento diferenciadas segundo as necessidades e características regionais, estabelecidas levando-se em consideração critérios epidemiológicos.
- 14.24 Uso de receitas de multas para financiar ações nas áreas de saúde pública e meio ambiente.
- 14.25 Ação dos princípios de usuário-pagador e poluidor-pagador para a instituição de novas modalidades de financiamento.
- 14.26 Instituição de um sistema de penalidades e prêmios fiscais para financiamento de ações na área de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.
- 14.27 Manutenção pela União de recursos fiscais para garantir investimentos.
- 14.28 Incorporação de medidas de saúde e ambiente ao Plano Plurianual.
- 14.29 Articulação intra-institucional e interinstitucional para a elaboração de planos e orçamentos que incorporem saúde e ambiente.
- 14.30 Compatibilizarão de critérios para a seleção de áreas prioritárias e fontes de recursos.
- 14.31 Disseminação de informações sobre acesso a fontes de recursos e apoio executivo para que os recursos estejam ao alcance das administrações municipais e de outras entidades locais.
- 14.32 Condicionamento de financiamentos ao setor produtivo por meio

de cláusulas referentes a necessidade de controle de saúde e ambiente das intervenções previstas.

14.33 Inclusão de critérios ambientais e de saúde, inclusive de saúde do trabalhador, nos processos de análise para concessão de financiamentos a atividades produtivas.

## **15 ARTICULAÇÃO INTERNACIONAL**

### **Bases para Ação**

15.1 O mundo vem passando por processos de globalização de mercados, envolvendo a internacionalização de capitais com divisão desigual de benefícios e riscos entre regiões e Países.

15.2 Ocorre, também, globalização dos meios de informação-comunicação, o que implica uma tendência a padronização de estilos de vida, cultura e consumo, acarretando, desse modo, uma diminuição da diversidade cultural, o que pode ser julgado inadequado.

15.3 Por outro lado, a globalidade de problemas ambientais, tais como mudanças climáticas, a perda da biodiversidade, a depleção da camada de ozônio e a poluição de águas internacionais, cria necessidades de articulação internacional.

15.4 Até o momento, a cooperação internacional entre países tem exercido pouca influência no seus padrões de desenvolvimento e existem dúvidas quanto ao cumprimento das obrigações assumidas nos acordos internacionais.

15.5 Quando se aborda a questão do desenvolvimento sustentável, em qualquer país, há necessidade de se discutirem, também, dimensões internacionais, tais como mobilidade de capital entre países, as práticas de financiamento dos organismos internacionais, como o *FMI*, o *BIRD* e o *BID*, e as políticas internacionais na área de meio ambiente, como transporte de resíduos e implantação de indústrias poluidoras.

15.6 Verificam-se novos impactos sobre o meio ambiente e a saúde, decorrentes da crescente abertura do mercado brasileiro e da ampliação da integração da economia no mercado internacional, especialmente em função: a) da importação de novos produtos e serviços; b) da geração de resíduos de natureza desconhecida ou cujo manejo exija capacidade ainda não instalada no país; e c) da transferência de processos produtivos que façam uso intensivo de energia ou insumos, bem como daqueles que sejam geradores de efluentes e resíduos.

15.7 Há que se levar em conta a globalização de determinados problemas de saúde, tais como a AIDS, não mais restritos a bolsões nos países em desenvolvimento, bem como os riscos de disseminação de parasitas e vetores.

15.8 A localização de atividades produtivas em regiões fronteiriças, próximas aos mercados vizinhos, pode gerar problemas transfronteiriços de emissão e diluição de poluentes, migração de trabalhadores, urbanização, tráfego e surgimento de serviços urbanos e comerciais em áreas sem capacidade governamental ou social para antecipar providências.

15.9 Outras questões ligadas a área de saúde e ambiente podem ser enumeradas: a prospecção da diversidade biológica sem o devido controle social, a discussão e a elaboração de procedimentos para bio-segurança e o surgimento de novos e desconhecidos agravos a saúde derivados do desenvolvimento de novas tecnologias.

15.10 O Brasil tem tido dificuldades para internalizar os recursos financeiros internacionais disponíveis nas áreas de meio ambiente e de saúde, entre outras, devido a problemas, tais como o não cumprimento de compromissos de contrapartida nacional, rigidez administrativa e exigências dos doadores ou bancos multilaterais. Em alguns casos, esses tem procurado organizações não governamentais como canais alternativos. O fato dessa questão de recursos financeiros ser discutida por diversos setores em vários ministérios, no âmbito federal, contribui para a lentidão com que são tratadas as negociações internacionais sobre cooperação técnica e financeira.

15.11 A visão compartimentalizada das áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos existe também nos organismos internacionais, o que contribui para sua reprodução nos acordos de cooperação internacional.

15.12 O conceito de desenvolvimento sustentável tem servido a vários discursos no âmbito das relações entre países, inclusive para justificar ações que parecem inspirar-se em uma nova forma de colonialismo, em que as preocupações ambientais se sobrepõem a considerações de equidade entre países ou dentro de países.

## **Objetivos**

15.13 Assegurar que as relações do Brasil com a comunidade internacional se processem sem prejuízo das condições de saúde e ambiente do país e sejam favoráveis a equidade entre países.

15.14 Tomar amplamente conhecidos os termos dos compromissos internacionais já firmados e em negociação.

15.15 Fazer com que os instrumentos de cooperação e financiamento internacional atendam aos princípios da Agenda 21.

15.16 Promover a participação da sociedade na negociação e no acompanhamento dos acordos de cooperação internacional.

15.17 Trabalhar para a reestruturação das bases de funcionamento dos organismos econômicos internacionais, com vistas a incorporação dos princípios de desenvolvimento sustentável e de maior equidade nas relações entre países.

15.18 Aperfeiçoar os instrumentos legais disponíveis no âmbito dos países signatários dos acordos regionais.

15.19 Assegurar a utilização efetiva dos recursos internacionais disponíveis para ações de saúde e ambiente.

15.20 Promover a captação de novos e adicionais recursos internacionais para ações de saúde e ambiente.

15.21 Fazer com que os organismos financeiros internacionais observem as prioridades nacionais, adotem critérios adequados e não imponham condicionamentos indevidos.

15.22 Fomentar a cooperação entre países em desenvolvimento para a promoção de abordagens adequadas a suas características socio-econômicas e ambientais.

15.23 Implementar ações da sociedade civil organizada no plano internacional no sentido de promover ações de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável.

#### **Ações**

15.24 Divulgação dos compromissos internacionais já firmados e em negociação pelo Brasil, tomando-os públicos e acessíveis, em português, com resumos em linguagem não técnica.

15.25 Reforço a coordenação entre os diversos mecanismos de administração da cooperação internacional.

15.26 Definição de mecanismos mais ágeis de internalização de recursos internacionais, para serem utilizados pelos governos federal, estaduais e municipais e pela sociedade.

15.27 Avaliação crítica dos instrumentos de cooperação internacional já negociados.

15.28 Adoção de mecanismos de notificação e consentimento para transferência, transporte e utilização de substâncias ou resíduos perigosos e tóxicos, bem como para os processos e tecnologias que utilizem ou gerem tais elementos, no âmbito dos acordos regionais de integração (*MERCOSUL* e

TCA).

15.29 Estabelecimento de mecanismos de cooperação de modo a apoiar o controle de problemas sanitárias e ambientais em regiões fronteiriças, principalmente onde existam atividades produtivas.

15.30 Criação de padrões, no âmbito do MERCOSUL, para o monitoramento da qualidade ambiental e de produtos e para o licenciamento ambiental, resguardando os avanços obtidos nas legislações nacionais, promovendo a estruturação de sistemas transnacionais de fiscalização.

15.31 Aperfeiçoamento de canais de comunicação entre governo e sociedade no sentido de se aumentar a transparência nos processos de elaboração e negociação de acordos internacionais.

15.32 Adoção de mecanismos que permitam a divulgação de informações sobre os diferentes tipos de cooperação internacional, seus orçamentos, os compromissos nacionais pertinentes, bem como sobre seu desenvolvimento e resultados esperados e alcançados.

15.33 Implementação da rede Global Environmental Epidemiology Network (*GEENET*) da OMS, para a epidemiologia em saúde ambiental na América Latina.

15.34 Criação de instrumentos reguladores para a coleta, utilização e armazenamento, com finalidades comerciais ou técnico-científicas, de amostras da biodiversidade do País, incluindo dispositivos que visem assegurar o retorno de benefícios as comunidades tradicionais e indígenas, conforme estabelecido na Convenção de Diversidade biológica.

15.35 Aperfeiçoamento das normas e dos critérios existentes nas políticas de alocação de recursos de cooperação dos órgãos multilaterais, como o BID e o Banco Mundial, no sentido de integrarem aspectos ambientais e de saúde.

15.36 Solicitação aos organismos internacionais para estimular o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares, intersetoriais e participativas que privilegiem o tema saúde e ambiente.

## **16 COMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO**

### **Bases para Ação**

16.1 Constata-se, de uma maneira geral, que a elaboração de planos nacionais em diversas áreas de interesse tem contado com a efetiva participação da sociedade. A experiência mostra, no entanto, que é imprescindível a definição de estratégias de acompanhamento da implementação desses planos.

16.2 O presente Plano implica em alterações na forma de pensar e agir de todos os atores ligados a saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos, o que obriga a definição de uma estratégia para seu detalhamento, divulgação e implementação.

16.3 Este Plano somente será viabilizado se contar com os níveis regional e local como agentes executores, o que pressupõe a necessidade de definir mecanismos de sua divulgação a todos os setores envolvidos, com as devidas adaptações as características regionais e locais.

### **Objetivos**

16.4 Detalhar este Plano no que diz respeito a metas, prazos, responsabilidades e recursos.

16.5 Definir estratégias para dar conhecimento deste Plano a todos os atores envolvidos, tanto da esfera governamental, como não governamental, visando a conscientiza-los sobre a natureza do processo, a promover mudanças institucionais, legais e socio-culturais, bem como a alterar procedimentos operacionais técnicos e financeiros necessários a implementação deste Plano.

16.6 Estabelecer uma estratégia para acompanhamento e avaliação da implementação deste Plano, mediante processo participativo, com base em aferição de indicadores apropriados.

16.7 Garantir a implementação deste Plano através dos órgãos ou entidades estaduais e municipais envolvidos, em parcerias com os setores não governamentais.

### **Ações**

16.8 Divulgação deste Plano junto a todos os setores governamentais e não governamentais, nos diversos níveis, através de publicações e encontros intersetoriais.

16.9 Adoção, por parte das instâncias responsáveis pela integração das políticas públicas, das diretrizes estabelecidas neste Plano.

16.10 Definição de procedimentos visando a verificar quais são as alterações institucionais, legais e orçamentárias necessárias para a implementação deste Plano, articulando as políticas setoriais e definindo objetivos, metas e cronogramas de implantação.

16.11 Definição de estratégia de acompanhamento, avaliação e controle das ações implantadas, utilizando-se indicadores de aferição apropriados.

16.12 Envolvimento do Poder Legislativo na estratégia de implementação deste Plano, buscando difundir uma abordagem integradora junto aos parlamentares no que concerne as questões de saúde e ambiente.

16.13 Envolvimento do Poder Judiciário para que essa instância também possa incorporar o conceito integrado de saúde e meio ambiente necessário ao julgamento de ações públicas e a análise dos processos relativos as áreas de saúde, meio ambiente, saneamento e recursos hídricos.

16.14 Fortalecimento das instituições não governamentais no sentido de torná-las parceiras do processo de implementação deste Plano, bem como instância de acompanhamento, avaliação e controle.

16.15 Promoção periódica de seminários intersetoriais, com a participação de todos os atores do processo, com vistas a divulgar os avanços na implementação deste Plano, bem como de seu processo de avaliação e controle.

16.16 Detalhamento deste Plano, levando-se em consideração características regionais e locais, considerando os aspectos institucionais, legais, geográficos, climáticos, socio-culturais e econômicos.

16.17 Definição, em cada setor envolvido com este Plano, dos objetivos, metas e cronograma de acompanhamento de sua implementação, devidamente integrados com outros setores da administração.

## LISTA DE SIGLAS

ABES	Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental
AIDS	Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
ASSEMAE	Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento
BB	Banco do Brasil S.A.
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial)
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CEF	Caixa Econômica Federal
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia (Ministério da Saúde)
CIDES	Comissão Interministerial para o Desenvolvimento Sustentável
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNUMAD	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
CONAMA	Conselho Nacional de Meio Ambiente
CONDEMA	Conselho Municipal de Meio Ambiente
CONSEMA	Conselho Estadual de Meio Ambiente
COPASAD	Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável
ENDEF	Estudo Nacional da Despesa Familiar
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde)
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GEENET	Global Environmental Epidemiology Network - Rede Mundial de Epidemiologia Ambiental
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISO	International Organization for Standardization
ISPN	Instituto Sociedade, População e Natureza
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PED	Programa de Execução Descentralizada
PIB	Produto Interno Bruto
PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PNMA	Programa Nacional de Meio Ambiente
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PPA	Plano Plurianual
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência



SEPURB	Secretaria de Política Urbana (Ministério do Planejamento e Orçamento)
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SINIMA	Sistema Nacional de Informações Ambientais
SISNAMA	Sistema Nacional de Meio Ambiente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCA	Tratado de Cooperação Amazônica

## GLOSSÁRIO

Apresentam-se a seguir algumas definições de termos adotados na elaboração deste Plano, incluindo-se alguns conceitos desenvolvidos recentemente, seja à ocasião de conferências internacionais, seja durante as discussões havidas para a elaboração do documento.

**Comissão Intergestora Bipartite:** comissão integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, criada e normalizada através da Portaria do Secretario Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do *SUS*.

**Comissão Intergestora Tripartite:** comissão constituída pelas três instâncias gestoras governamentais do Sistema Único de Saúde, ou seja, a União, representada pelo Ministério da Saúde, os Estados, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - *CONASS* e os Municípios, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - *CONASEMS*. A Comissão foi instituída pela Portaria no. 545, de 20/05/93, que estabelece normas e procedimentos reguladoras do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, *SUS* 01/93, publicada no *DOU* de 24/05/93.

**Controle social:** conhecimento por parte da sociedade sobre decisões tomadas relativas a políticas públicas e atividades exercidas pelo setor público, com possibilidade de influir nas decisões.

**Descentralização:** passagem do planejamento e execução de ações para as esferas estaduais e municipais, sob orientação e assistência técnica, quando necessária, do Governo Federal.

**Gênero:** as relações socialmente construídas entre os dois sexos. E considerado dever do Estado garantir as condições de igualdade de oportunidades no acesso aos benefícios e serviços públicos.

**Gestão colegiada:** instrumento básico de articulação entre as diversas esferas de governo e a participação da sociedade na formulação e controle das políticas públicas e das práticas institucionais.

**Governabilidade:** capacidade de tomada de decisão e execução de políticas públicas de forma democrática, eficiente e eficaz, respeitando-se os direitos do cidadão. Esse conceito não é equivalente a expressão de língua inglesa "good governance", que pode se restringir a questões específicas, tais como controle da corrupção.

**Grupos vulneráveis:** categorias populacionais que muitas vezes são excluídas ou tem acesso precário aos serviços sociais ou de saúde, tais como mulheres rurais, pobres e crianças em situações especialmente difíceis.

**Parceria:** cooperação entre entidades governamentais e não governamentais, para atingir objetivos estabelecidos de comum acordo, não se restringindo a simples prestação de serviços pelas não governamentais.

**Participação da sociedade:** integração de setores não governamentais no processo decisório, diretamente ou através de representantes legítimos, de forma organizada e duradoura. Não se consideram como participação, nesse caso, meros processos de informação, consulta eventual ou envolvimento simbólico de indivíduos sem representatividade.

**Planejamento participativo:** planejamento estratégico de ações públicas ou privadas de forma não corporativista e com participação da sociedade.

**Populações tradicionais:** grupos locais que vivem em harmonia com a natureza. Dela extraíndo sua subsistência, tais como índios, seringueiros, castanheiros, pescadores, artesões, caiçaras, caboclos e ribeirinhos.

**Potencialização:** fortalecimento da capacidade de um grupo ou categoria social em decidir seus próprios destinos e em exercer seu poder de negociação em diversas esferas, envolvendo não apenas um aumento eventual de seu bem-estar ("empowerment", nos documentos internacionais).

**Princípio poluidor/pagador:** princípio que estabelece que o poluidor deve assumir os custos necessários à prevenção e ao combate da poluição, custos esses determinados pelo poder público, a partir de objetivos coletivos de qualidade ambiental. Não se trata de uma compensação por danos causados pela poluição, mas de um princípio de alocação de custos (o custo da "poluição" deve necessariamente repercutir nos custos dos bens e serviços fornecidos).

**Princípio usuário/pagador:** princípio que estabelece que o usuário deve, na medida de suas possibilidades, ressarcir a sociedade o custo associado a utilização de um bem público (água de um rio usada para a irrigação, por exemplo).

**Responsabilidade pública:** obrigação de prestar conta publicamente, tanto das atividades realizadas quanto dos recursos financeiros utilizados, seja de órgãos públicos ou entidades privadas ("accountability", nos documentos internacionais).

**Saneamento:** quando o texto se refere ao setor institucionalizado de saneamento, o conceito adotado é o de conjunto de ações, obras e serviços considerados prioritários em programa as de Saúde Pública, definidos como aqueles que envolvam: a) abastecimento de água - em quantidade suficiente para assegurar a higiene e o conforto, com a qualidade compatível com os

padrões de portabilidade; b) esgotamento sanitário -com soluções sanitárias para casos individuais ou coletivos, fossas, redes coletoras e tratamento; c) resíduos sólidos - armazenamento, coleta, transporte, tratamento e destino final, ambiental e sanitariamente adequado; d) drenagem urbana - com eficiência, sem mistura com esgoto sanitário; e) controle de vetores e roedores - de maneira a quebrar elos na cadeia de transmissão de doenças. Em certas passagens do texto, em que se faz menção ao saneamento enquanto campo de intervenção, o conceito é mais amplo uma vez que considera um conjunto de ações sócio-econômicas que tem por objetivo alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental. O saneamento, nessa acepção, abrange outras questões, como, por exemplo, a poluição do ar e o disciplinamento sanitário do uso do solo, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural.

**Setores não governamentais:** todas as categorias de atores sociais que não fazem parte das estruturas governamentais, incluindo-se os indivíduos, as famílias, as comunidades, as associações, as cooperativas, as organizações não governamentais, as entidades de classe e as empresas.

**Solidariedade financeira:** financiamento das ações públicas segundo o princípio de contribuições maiores daqueles que possuem melhores condições de pagamento, garantindo-se os benefícios para aqueles sem condições financeiras.

**Transparência:** disponibilidade de informação clara e compreensível sobre a organização, as atividades, os resultados e o financiamento de uma entidade ou de um programa.

**Vigilância epidemiológica:** conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

**Vigilância sanitária:** conjunto de ações capaz de eliminar ou prevenir riscos a saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

## BIBLIOGRAFIA

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. 1995. O Ambiente e o ambiente de trabalho relacionados com a prevenção e controle dos riscos ambientais específicos. 3o. Workshop Etapa Nacional da COPASAD. Rio de Janeiro.

BARROS, Elizabeth, 1995. Saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável: subsídios para a preparação do Plano Nacional de Ação. 1o. Workshop Etapa Nacional da COPASAD. Brasília.

BORN, Rubens Harry, 1995. As negociações e ações internacionais para integração de meio ambiente e saúde no contexto do desenvolvimento sustentável. 4o. Workshop Etapa Nacional da COPASAD. Belém.

FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública, 1995. Subsídios para a discussão sobre saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável. 3o. Workshop Etapa Nacional da COPASAD. Rio de Janeiro.

GONÇALVES, Fernando B. 1995. O papel das políticas econômicas voltadas para os setores produtivos e seus efeitos sobre a promoção da qualidade de vida e da prevenção e controle de riscos ambientais. 3o. Workshop Etapa Nacional da COPASAD. Rio de Janeiro.

HELLER, Léo, 1995. Proposta para um processo brasileiro de planejamento em saúde e ambiente em um contexto de desenvolvimento sustentável. 2o. Workshop Etapa Nacional da COPASAD. Recife.

SOUZA, Arlindo F.G. 1987. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documentos III. Ed. Secretaria da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro.

VERDUM, Ricardo. 1994. A Agenda 21 no Brasil: uma avaliação preliminar do componente saúde e ambiente, Oficina de Trabalho sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento. Brasília.

## FICHA TÉCNICA

O Grupo de Trabalho Intersectorial - GTI - criado por Decreto Presidencial para a preparação da participação brasileira na "Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável" é integrado pelo seguintes Ministérios:

- 1 - da Saúde - Coordenador
- 2 - das Relações Exteriores
- 3 - de Minas e Energia
- 4 - do Planejamento e Orçamento
- 5 - do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal
- 6 - da Educação e Desportos
- 7 - do Trabalho

Para a elaboração do "Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável -Diretrizes para Implementação", foram realizados 4 ( quatro ) "Workshops" que contaram com a participação dos membros do Grupo de Trabalho Intersectorial - GTI, dos demais órgãos públicos que tratam do assunto, do meio acadêmico, de entidades da sociedade civil e de organizações não-governamentais.

Cada "Workshop" examinou os tópicos contidos em cada uma das seções do roteiro preliminar do Plano de Ação Regional da América Latina e do Caribe, a ser adotado na "Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável".

### 1º "Workshop" - 20 de abril de 1995 Brasília/DF

**Tema:** "Marco referencial para ações de saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável no Brasil".

**Sub-temas:** 1- Saúde para todos  
2- Novo enfoque para saúde e ambiente no Brasil  
3- Objetivos a longo prazo nas políticas sociais em relação a saúde e ambiente.

**Consultora:** Dr- Elizabeth Barros Diniz - Técnica de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas -IPEA

### 2º "Workshop" - 15 de maio de 1995 Recife/PE

**Tema:** "Os processos nacionais de planejamento da saúde e do ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável"

**Sub-temas:** 1- Introdução  
2- Marco Institucional  
3- Instrumentos de Política: - Sistemas de informação sobre saúde e ambiente; monitoramento ambiental e vigilância relacionados com a saúde medidas de controle; instrumentos econômicos e fiscais; serviços de saúde ambiental; capacitação de profissionais e educação; informação pública e educação em saúde; pesquisa e desenvolvimento tecnológico; sistemas de financiamento e sistemas de licenciamento ambiental.

**Consultor:** Dr. Leo Heller

**3º "Workshop" - 29 e 30 de maio de 1995**

**Rio de Janeiro/RJ**

**Tema:** "Processo brasileiro de planejamento da saúde e do ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável"

- Sub-temas:** 1 - O papel das políticas econômicas voltadas para os setores produtivos (indústria, energia, transporte, agricultura, turismo e mineração) e seus efeitos sobre a promoção da qualidade de vida e da prevenção e controle de riscos ambientais específicos (qualidade da água, do ar, dos alimentos, dos resíduos sólidos e líquidos e contaminação do solo, a questão das radiações ionizantes, os desastres naturais, acidentes industriais e nucleares).
- 2 - O ambiente e o ambiente de trabalho relacionados com a prevenção e controle dos riscos ambientais específicos.

**Consultores:** Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP  
Exposição do Tema: Dr. Marcelo Firpo  
Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública .  
Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental-  
ABES

Exposição do Tema: Dr. Fernando Penna Botafogo  
Diretor de Meio Ambiente da Multiservice Engenharia Ltda

Dra. Lia Giraldo  
Médica do trabalho do PRODAN -Progresso e Desenvolvimento  
de Santos

**4º "Workshop" - 19 e 20 de junho de 1995**

**Belém/PA**

**Tema:** " Ações Internacionais"

- Sub-temas:** 1- Introdução - Cooperação internacional na resolução de problemas ambientais relacionados à saúde; princípios e critérios.
- 2- Áreas prioritárias para a ação internacional - apoio ao desenvolvimento de planos nacionais de ação em saúde e ambiente.
- 3- Mecanismos de execução - articulações intraregio-nais para a implementação da Agenda 21 e apoio técnico para a execução do Plano Nacional.

**Consultor:** Dr Rubens Harry Born  
Presidente do Vitae Civilis - Instituto para o Desenvolvimento  
Meio Ambiente e Paz

O "Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável - Diretrizes para Implementação", foi aprovado na integra pela Presidência da República em 14 de agosto de 1995, conforme consta do ofício no. 118 do Gabinete da Casa Civil/PR.

**Apoio**

**CAIXA ECONÔMICA  
FEDERAL**

