

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

PRISCILLA NUNES REZENDE

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE AMBIENTAL: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO NO CENTRO DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**SÃO PAULO
2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

PRISCILLA NUNES REZENDE

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE AMBIENTAL: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO NO CENTRO DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn.

SÃO PAULO

2015

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura _____

Data 12/12/2015

e-mail: pririoss@yahoo.com.br

R457

Rezende, Priscilla Nunes

Serviço social e saúde ambiental: desafios e possibilidades de atuação no centro da cidade de São Paulo/ Priscilla Nunes Rezende – São Paulo: s.n., 2015.

110 p.; il. 30 cm.

Referências 106-110

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2015.

1. Saúde Ambiental
2. Vigilância em saúde ambiental
3. SUS
4. Questão urbana
5. Área central da cidade de São Paulo

CDD 361.3

REZENDE, Priscilla Nunes. **Serviço Social e Saúde Ambiental:** desafios e possibilidades de atuação no Centro da cidade de São Paulo. 110 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2015.

BANCA EXAMINADORA:

*Ao meu querido sobrinho Breno que, com amor, leveza e perspicácia de criança
transparece a esperança de um futuro melhor e permite vislumbrar que apesar
das dificuldades, vale a pena acreditar nos nossos sonhos, sempre!*

Grão de Chão (Thiago de Mello)

Folha, mas viva na árvore,
fazendo parte do verde.

Não a folha solta,
bailando no vento
a canção da agonia.

Grão de areia, quase nada,
inútil quando sozinho.

Mas que é terra,
quando é grão
fazendo parte do chão,
esta coisa firme
por onde o homem caminha.

AGRADECIMENTOS

[...] E aprendi que se depende sempre
de tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
que nunca está sozinho por mais que pense estar [...].

Gonzaguinha

Aos meus pais, que sempre me apoiaram nessa caminhada, na busca pela construção do saber e na luta pela profissão que escolhi. No incentivo às mudanças, até de cidade, cientes de que nossa união é muito maior que qualquer distância.

Aos meus irmãos, Carla e Júnior que me acolhem, apoiam e sei que posso contar sempre! Aos cunhados queridos Bertinho e Aline que são como irmãos para mim! Ao amorzinho da minha vida, Breno, sobrinho lindo, inteligente, que com apenas um sorriso consegue transmitir todo seu carinho e magnitude.

À minha tia Lucília, pelo carinho, atenção e apoio ímpar mesmo a distância.

À querida Profa. Dra. Raquel Raichelis, orientadora, pelas reflexões e discussões proporcionadas ao longo das orientações que permitiram alcançar descobertas e aprendizados que levarei para a vida.

À Profa. Dra. Rosangela Paz e à Profa. Dra. Regina Marsiglia, pelas contribuições no meu exame de qualificação e direcionamento do olhar sobre o objeto de estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/SP e a CAPES, pela concessão da Bolsa de Estudos.

À minha amiga-irmã Fabi, pelo convívio e apoio diário no início do mestrado e agora, mesmo com a distância física, sempre presente na minha vida, inspiração de disciplina, competência e humanidade. À Aline, com quem tive a oportunidade de dividir apartamento e tive a certeza de que vale a pena correr atrás dos nossos objetivos, orgulho dessa menina.

À minha família paulistana, minhas irmãs que escolhi: Carolina, Flávia e Sheila. Agradecida pela força, escuta paciente, desabafo e compreensão nos meus momentos de introspecção por conta da pesquisa. O que seria de mim em São Paulo sem essas "louquinhas" do meu lado?!

À Moniquinha, agradecida por contribuir para o meu crescimento, tanto profissional quanto pessoal. Às queridas amigas Camila Rosa e Rafaela pelos momentos de reflexão e descontração.

Às queridas Camila Ávila e Rose, que o mestrado me proporcionou conhecer, agradeço a presença nos momentos de aprendizado e aflições da pesquisa, conseguimos! Aos colegas que tive a oportunidade de compartilhar conhecimento nas atividades acadêmicas.

À minha amiga Elaine desde os tempos da graduação, agradeço o apoio e incentivo de sempre na minha trajetória acadêmica e pessoal! Agradeço a honra de ser madrinha do nosso lindo João Henrique!

À Juliet e Leandro, casal sempre presente na minha vida paulistana.

Aos colegas de trabalho Rodolfo e Luana pela atenção cotidiana, à Wânia pelo compartilhamento de experiências diárias e entendimento do processo acadêmico do qual vivenciei nos dois últimos anos, às/aos queridas/os colegas Cristiana, Fiorela, Luiz, Lidiane, Nadir, Décio, Nancy, Aninha e Maíra.

A todos/as os/as colegas de trabalho da Vigilância em Saúde-Sé, que contribuem, a cada dia, nas reflexões da atuação profissional, nos desafios apresentados no cotidiano.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO -	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AMA -	Atendimento Médico Ambulatorial
CCZ -	Centro de Controle de Zoonoses
CF -	Constituição Federal
CFESS -	Conselho Federal de Serviço Social
COPASAD -	Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável
COVISA -	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRESS -	Conselho Regional de Serviço Social
CEBES -	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
DSC -	Departamento de Saúde da Comunidade
EBSERH -	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IAPS -	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS -	Ministério da Saúde
OS -	Organização Social
OSCIP -	Organização Social de Interesse Público
PAS -	Plano de Atendimento à Saúde
PDE -	Plano Diretor Estratégico
PMSP -	Prefeitura Municipal de São Paulo
PPP -	Parceria Público Privado

PSF -	Programa Saúde da Família
SMADS -	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMDU -	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
SUVIS -	Supervisão de Vigilância em Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
VSA -	Vigilância em Saúde Ambiental
ZEIS -	Zonas Especiais de Interesse Social

REZENDE, Priscilla Nunes. **Serviço Social e Saúde Ambiental: desafios e possibilidades de atuação no Centro da cidade de São Paulo.** 110 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2015.

RESUMO

A proposta desta dissertação, embasada em uma perspectiva crítica, teve por finalidade desvelar a relação entre o Serviço Social e a saúde ambiental em face da questão urbana. Compreendeu este espaço de atuação profissional a partir de análise do contexto que deu origem à inserção do Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental na cidade de São Paulo e buscou identificar demandas institucionais no espaço sócio-ocupacional da saúde ambiental. Sistematizou as concepções sobre saúde ambiental para análise sobre vigilância em saúde ambiental como espaço ocupacional do/a assistente social e caracterizou as situações sociais que demandam a intervenção profissional. Para elucidar o objeto foi utilizada pesquisa bibliográfica e documental. O percurso analítico realizado demonstrou primeiramente a realidade concreta do Centro da cidade de São Paulo, seguida de ênfase à política de saúde no Brasil materializada pelo SUS e pela Vigilância em Saúde Ambiental inserida nesse contexto. Posteriormente apresentou a relação entre Serviço Social e saúde no âmbito da saúde ambiental, com reflexões sobre as possibilidades de intervenção profissional pautadas na compreensão da realidade e do significado sócio-histórico do Serviço Social. Como resultados, apreenderam-se as possibilidades de intervenção profissional do Serviço Social no espaço socio-ocupacional da Vigilância em Saúde ambiental, sobretudo no âmbito das atividades de gestão, a partir do conhecimento proporcionado pela pesquisa sobre o território, bem como as diretrizes do SUS relacionadas, na contemporaneidade, com a Vigilância, considerando as tensões e as manifestações da questão urbana como dimensão da questão social.

Palavras-chave: Saúde Ambiental; Vigilância em saúde ambiental; SUS; Serviço Social; Questão Urbana; Área central da cidade de São Paulo.

REZENDE, Priscilla Nunes. **Social service and Environmental Health: challenges and possibilities of acting in the center of São Paulo city.** 110 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2015.

ABSTRACT

The thesis proposal, based on a critic perspective, had as its aim to unveil the relationship between Social Service and environmental health in the face of the urban matter. This practice area has been comprehended from the analysis of the context which originated the Social Service insertion in the Environmental Health Surveillance in the city of São Paulo and sought to identify institutional demands in the socio-occupational area of environmental health. The conceptions regarding environmental health were systematized for an analysis regarding surveillance in environmental health as an occupational area of the social assistant and characterized the social conditions which demand professional intervention. In order to clarify the object, bibliographical and documental research were used, the analytical path carried out has demonstrated, firstly, the concrete reality of the center of São Paulo, followed by an emphasis on healthy politics in Brazil materialized by SUS and by environmental health surveillance inserted in this context. Afterwards, the relationship between social service and health has been presented in the scope of environmental health, reflecting about the professional intervention possibilities guided through reality comprehension and the socio-historical meaning of social service. As results, the possibilities of professional intervention of social service in the socio-occupational area of environmental health surveillance, especially in management are assimilated, from the knowledge provided by the territory research, as well as SUS' related guidelines, in contemporaneity, with surveillance, considering the tensions and the urban matter demonstrations as a dimension of the social matter.

Keywords: Environmental Health; Environmental Health Surveillance; SUS; Social Service, Urban Matter; São Paulo city's central area.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 BASES PARA A COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO E DA QUESTÃO URBANA NO CENTRO DE SÃO PAULO.....	21
1.1 A realidade do território: centro da cidade de São Paulo.....	21
1.2 Centro Histórico no século XXI.....	29
1.3 Condições de vida da classe trabalhadora e questão urbana.....	31
CAPÍTULO 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O SUS E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.....	37
2.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, definições.....	40
2.2 O Serviço Social no contexto de formação do SUS.....	46
2.3 A contrarreforma do Estado: o público e o privado.....	49
2.4 O cenário do SUS na cidade de São Paulo.....	52
2.5 Caminhos históricos da Saúde Ambiental – o contexto internacional	62
2.6 Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil.....	67
2.7 Vigilância em Saúde Ambiental na cidade de São Paulo.....	80
CAPÍTULO 3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: NOVOS ESPAÇOS SOCIO-OCUPACIONAIS.....	84
3.1 O Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental.....	84
3.2 O Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental de São Paulo.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106

INTRODUÇÃO

Conhecer as condições de vida da classe trabalhadora, na cidade de São Paulo, é requisito fundamental para a construção de intervenções profissionais qualificadas.

As necessidades e as demandas sociais de quem vive e trabalha numa metrópole fazem do seu cotidiano um desafio permanente, como resultado da apropriação desigual da riqueza que ela gera. Desvelar essas condições de vida requer debates sob a ótica das relações sociais de produção da nossa sociedade, compreendidas como resultados da relação desigual existente entre capital e trabalho, mediada pela ação do Estado através de suas políticas públicas. Contudo, nota-se certa tendência nesses debates em centrar a responsabilidade pelas más condições de vida e de saúde nos próprios indivíduos, tornando-se um debate esvaziado por não considerar a análise da totalidade das relações sociais..

É a partir da lógica de acumulação do capital, das relações entre desigualdades urbanas e relações de classe, que se observa o desenvolvimento das grandes cidades, lócus das fábricas, das moradias dos trabalhadores e da escassez de recursos naturais. A ação destrutiva do capital, relacionada à natureza e à exploração da força de trabalho, tem rebatimentos diretos na vida do trabalhador e de sua família, no seu cotidiano, na sua saúde, tornando-se questões relevantes para o estudo, o aprofundamento e o delineamento de intervenções profissionais dos assistentes sociais. É na cidade, no tecido urbano, que se expressam as diversas faces da questão social¹, exigindo dos assistentes sociais respostas a demandas dos seus moradores.

Ao assistente social cabe a compreensão desses processos para a construção de projetos de intervenção profissional fundamentados teórica e metodologicamente, com os instrumentais técnicos mais apropriados, definidos e comprometidos com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

¹ De acordo com Iamamoto e Carvalho (1988), "a questão Social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão."

Destaca-se aqui a vinculação desta pesquisa ao Projeto Ético Político do Serviço Social brasileiro, compartilhando-se da concepção sobre o exercício profissional do assistente social que reconhece as peculiaridades do campo profissional, a autonomia relativa dos profissionais e, com isso, as possibilidades, mas também, os desafios de direcionamentos do exercício profissional aos interesses da classe trabalhadora.

Na presente pesquisa, o objeto de estudo é caracterizado pelo desvelar da relação entre o Serviço Social e a saúde ambiental em face da questão urbana, na cidade de São Paulo. Para tanto, objetivou analisar o contexto que deu origem à inserção do Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito da administração pública municipal, e identificar demandas institucionais no espaço sócio-ocupacional da saúde ambiental, tendo como foco a questão urbana. Como objetivos específicos para a apreensão do objeto, buscamos sistematizar as concepções sobre saúde ambiental na perspectiva de subsidiar a análise sobre a vigilância em saúde ambiental como espaço ocupacional do/a assistente social e caracterizar as situações sociais que demandam a intervenção profissional: requisições institucionais e sujeitos da ação profissional.

Entende-se, portanto, a relevância de compreender a origem das demandas apresentadas à saúde ambiental no âmbito da política pública de saúde.

Assim, buscamos como direcionamento analisar a atuação profissional do assistente social no espaço sócio-ocupacional da Vigilância em Saúde Ambiental na prefeitura de São Paulo, no contexto do trabalho multidisciplinar, desenvolvido nesse âmbito, bem como identificar o debate e as estratégias coletivas da categoria profissional, considerando esse espaço como emergente na profissão.

Na cidade de São Paulo, em 2008, ocorreu um concurso público para o cargo de Especialista em Assistência e Desenvolvimento Social-assistente social. No Edital, foram disponibilizadas 422 vagas destinadas à Secretaria Municipal de Gestão. Após o processo seletivo, na escolha de vagas, os 200 primeiros aprovados foram direcionados a vagas na área da saúde, dentre elas cerca de cinquenta nas Supervisões de Vigilância em Saúde, sendo que alguns profissionais vieram a compor o quadro de recursos humanos na Vigilância em

Saúde Ambiental. A partir dessa convocação, os profissionais envolvidos nesse processo começaram a problematizar as atribuições profissionais nesse espaço de atuação em construção.

Para a realização dos objetivos propostos, foi fundamental conhecer as condições atuais de vida da classe trabalhadora, na cidade de São Paulo, especialmente as condições de moradia e de inserção no tecido urbano dos segmentos sociais mais vulnerabilizados, que demandam do poder municipal proteção social pública e acesso aos direitos de cidadania.

Ressalta-se que o estudo e aprofundamento decorreram da necessidade de compreender a realidade, os aspectos históricos e concretos da questão urbana, na cidade de São Paulo, e os impactos que perpassam no cotidiano profissional dos assistentes sociais no espaço sócio-ocupacional da vigilância ambiental em saúde; bem como conhecer a área da vigilância em saúde, sua gênese, trajetória e propostas.

A relevância desta pesquisa justifica-se pelo recente debate sobre saúde ambiental, tanto no contexto da política de saúde, quanto nos espaços profissionais e acadêmicos do serviço social, além da escassa literatura sobre a temática no serviço social, com estudos datados a partir da primeira década do século XXI².

Como motivação, tem-se tanto a inserção profissional da pesquisadora em espaço sócio-ocupacional relacionado diretamente à temática, quanto a percepção da fragmentação das análises sobre o tema, onde é notória uma responsabilização individual relacionada ao consumo, em detrimento de análises totalizantes da questão urbana e de saúde ambiental no contexto das contradições da sociedade capitalista contemporânea.

Quanto à experiência profissional, destaca-se que, desde 2008, a pesquisadora trabalha como assistente social, servidora pública da Prefeitura da cidade de São Paulo, na Secretaria Municipal de Saúde - Supervisão de Vigilância em Saúde da Sé (SUVIS), sobretudo em atividades na área de

² Conforme Silva "A temática ambiental vem interpelando o Serviço Social brasileiro, desde o início da década em curso, seja diretamente como espaço de intervenção seja como campo de pesquisa, período em que cresce a produção acadêmica nesta área". (2010)

vigilância em saúde ambiental. As SUVISs são unidades descentralizadas da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), localizadas nas seis regiões administrativas da cidade – Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste. Ao todo são 26 Supervisões cuja área de intervenção se materializa no âmbito da Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador.

De acordo com a regionalização, uma das diretrizes presentes no SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, incluem as ações da vigilância em saúde, portanto, essas ocorrem nas três esferas de governo, cada qual com suas atribuições específicas definidas nas Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde (2010).

As demandas advindas deste trabalho e os desafios das repostas profissionais culminaram no interesse pelo aprofundamento das relações homem, ambiente e questão urbana, motivando a elaboração da monografia de conclusão do curso de especialização, em 2010, intitulada: “Desafios e possibilidades do serviço social na questão ambiental: urbanização e seus enfrentamentos.”

A presente dissertação apresenta, portanto, uma linha de continuidade das reflexões que vimos desenvolvendo, entendendo que a compreensão sócio-histórica das demandas sociais e profissionais nos levará à construção de intervenções qualificadas e comprometidas ética e politicamente. Como afirmou Netto (1999 apud TOGLIATTI, 2010): “quem erra na análise, erra na ação”. Assim, entendemos que um estudo aprofundado sobre o serviço social e a saúde ambiental face à categoria questão urbana, nos permitirá problematizar a intervenção profissional contemporaneamente.

Como método de análise, adotamos a perspectiva de abordagem dos fenômenos a partir da totalidade em movimento, das múltiplas relações que o determinam, da historicidade e das contradições existentes na realidade. Para a apreensão do objeto utilizamos pesquisa bibliográfica e documental, tendo em vista a necessidade de aprofundamento teórico da temática e de levantamento e sistematização de fontes documentais, como contribuição à profissão, apontados na banca de qualificação deste trabalho como relevantes frente à quase

inexistente produção no serviço social sobre a temática da vigilância ambiental e a inserção de assistentes sociais nessa área.

O referencial teórico produzido foi realizado após revisão bibliográfica sobre a categoria questão urbana, como expressão das relações sociais em cada modo de produção, sobre o trabalho na sociedade capitalista, sobre a história da saúde no Brasil e da saúde ambiental em São Paulo.

O presente trabalho está organizado em três capítulos: no primeiro, problematizamos a realidade concreta do centro da cidade de São Paulo, referenciada principalmente na análise proposta por Lúcio Kowarick, com a publicação, como organizador, de *As Lutas Sociais e a Cidade* (1988) e os textos de Rolnik (1988), Bonduki (1988), Frúgoli (1995 e 2000), além dos artigos de José (2010) e Kohara (2013) quanto à caracterização recente da região. Também recorreremos a Bresciani (2008), Engels (2010), Yamamoto (2001), Raichelis (2006) e Forster (2010) no que se refere à compreensão da questão urbana e suas conexões com a questão social no capitalismo.

No segundo capítulo, primeiramente demos ênfase à política de saúde no Brasil, materializada pelo SUS e pela Vigilância em Saúde Ambiental inserida nesse contexto. Utilizamos as produções teóricas de grande expressão na área da saúde, fornecidas por Bravo (s/d), além dos apontamentos de Behring e Boschetti (2009), Neto (1997), Mendes (1999, 2005), Silva (2004) e Vasconcelos (2006), na análise dos projetos em disputa na política de saúde contemporânea. No segundo momento, abordamos a saúde pública na cidade de São Paulo e, para isso, buscamos referências em Junqueira (2002), Pinheiro (2000), Coelho (2014), Jorge (2007), Coelho e Dias (2014). Discorreremos, em seguida, sobre a compreensão da Vigilância em Saúde Ambiental e, para tanto, realizamos revisão bibliográfica em Rohlf, Grigoletto, Netto e Rangel, (2011), Barcelos e Quitério (2006) e Machado (2011). Para a análise documental, foram utilizadas as legislações e demais publicações do Ministério da Saúde pertinentes à temática. Também foi utilizada a pesquisa documental na Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo.

No terceiro e último capítulo, resgatamos a relação entre Serviço Social e saúde no âmbito da saúde ambiental, utilizando principalmente autores como

Silva (2007), Vasconcelos (2006), Alves (2010), Kruger (2010) e Resoluções do CFESS. O capítulo apresenta ainda reflexões sobre as possibilidades de intervenção profissional pautadas na compreensão da realidade e do significado sócio-histórico do Serviço Social.

Nas considerações finais, buscamos desenvolver reflexões sobre as possibilidades de intervenção profissional do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da Vigilância em Saúde Ambiental, a partir do conhecimento proporcionado pela pesquisa sobre o território, bem como as diretrizes do SUS relacionadas, na contemporaneidade, com a Vigilância, considerando as tensões e as manifestações da questão urbana como dimensão da questão social.

CAPÍTULO 1 BASES PARA A COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO E DA QUESTÃO URBANA NO CENTRO DE SÃO PAULO

1.1 A realidade do território: o centro da cidade de São Paulo

Pensar em Saúde Ambiental na cidade de São Paulo, sobretudo na região central, implica, em primeiro lugar, compreender a totalidade das relações construídas em seu espaço territorial e desvelar o processo sócio-histórico em que as manifestações da questão urbana se fizeram presentes.

A região central da cidade de São Paulo, tal como apresentada na contemporaneidade, é resultado do acelerado crescimento experimentado a partir do final do século XIX, nos primórdios da industrialização, período em que a população aumenta consideravelmente com a chegada de imigrantes para servir de mão de obra nos processos produtivos. De acordo com Kowarick (1988, p. 50), trabalhadores são submetidos a jornadas de 14 horas ou mais, incluindo mulheres e crianças, sub-remunerados e explorados. As famílias, sem condições de alugar uma casa, devido ao alto custo dos imóveis e à baixa remuneração, passam a viver em cortiços. Ainda, segundo o autor:

Desta forma, na medida em que a economia baseia seu processo de extração de excedentes na pauperização dos trabalhadores e ao mesmo tempo precisa manter a unidade familiar operária a fim de explorá-la e garantir sua continuidade, o cortiço, subdivisão de cômodos em maior número possível de cubículos, aparece como a mais viável para o capitalismo nascente reproduzir a classe trabalhadora, a baixos custos. (KOWARICK, 1988, p. 50)

Nos anos iniciais do século XX, a estruturação da cidade se baseava na concentração dos trabalhadores próximos às fábricas, sobretudo nos bairros Brás, Mooca, Bom Retiro e Bexiga. A realidade dos cortiços também se estendia às áreas onde residiam as camadas mais abastadas como Campos Elísios, Higienópolis e Santa Ifigênia. "Em todos os locais havia grande número de cortiços, aproximando espacialmente a miséria da riqueza, que se sentia contaminada pela sua proximidade" (KOWARICK, 1988, p. 54).

A proximidade dos cortiços com as moradias da classe dominante, nas décadas iniciais da industrialização, provocava certo desconforto e consequente discurso higienista. Kowarick (1988) sinaliza que:

Do ponto de vista dos grupos dominantes, o discurso visava sanar a cidade das epidemias que frequentemente assolavam a cidade, trazendo grandes temores às camadas mais abastadas que se sentiam na iminência de também serem contaminadas. Dar saúde à cidade significa, portanto, desinfetá-la, ou seja, erradicar os cortiços de onde os focos contagiosos poderiam se alastrar. (KOWARICK, 1988, p. 55)

Ainda sobre esse discurso, Rolnik aponta que:

A ideia de que a proximidade de um cortiço pode contagiar a saúde de toda uma região está presente na fala de técnicos higienistas, mas também provém de moradores de zonas fronteiriças. Nestas, os palacetes veem os cortiços, de certa forma convivem com eles. (ROLNIK, 1988, p. 80)

Apesar dos alardes da burguesia, principalmente por volta dos anos 1920, quando a gripe espanhola invadiu a cidade, os cortiços permaneceram como a principal opção de moradia das famílias operárias, dada a ausência de investimento em transporte coletivo que pudesse alocar a população em áreas periféricas. Kowarick (1988, p. 56) elucida que “periferizar os trabalhadores seria impraticável nesse período, por conta da pauperização e extensa jornada de trabalho, inclusive noturna”.

Os cortiços eram identificados como locais sujos, providos de pestes, imoralidades e barbárie, sujeitos à fiscalização.

Uma das formas de ação sobre o cortiço é a instituição da Polícia Sanitária, órgão criado na última década do século XIX [...]. Em nome da saúde dos cidadãos, os moradores dos cortiços passam a ser pesquisados, suas casas invadidas e remexidas, seus doentes de toda espécie removidos. Esta ação capaz de produzir um conhecimento acerca do cortiço era utilizada também para operar uma espécie de triagem de sua população. A cada anormalidade correspondia um tratamento: estados febris encaminhados ao Hospital de Isolamento, loucuras para o Hospital dos Alienados, criminosos para o Presídio, criminosos mirins para o Instituto Disciplinar. (ROLNIK, 1988, p. 81)

A abordagem da chamada Polícia Sanitária caracteriza as ações fiscalizatórias do período, de certa forma, precursoras da Vigilância Sanitária, voltadas a uma política higienista e de culpabilização dos habitantes de moradias coletivas quanto à disseminação das doenças.

As condições de vida dos trabalhadores na capital paulista, nesse período, evidenciam o que se entende, nos tempos atuais, sobre a relação entre questão urbana e saúde ambiental, objeto da presente pesquisa.

Com o avanço da industrialização, na década de 1930, o processo de periferização ganha corpo; São Paulo recebe grande contingente de migrantes que se instalam em espaços dispersos do centro.

Se a periferização decorre do avanço da industrialização, ela só seria possível com a alteração do sistema de transporte: a linha de ônibus passa a viabilizar longínquas zonas habitáveis ao unir a moradia ao local de emprego e fator de intensa especulação imobiliária, [...] (KOWARICK, 1988, p. 57)

O investimento no sistema de transporte coletivo propiciou a ocupação das áreas periféricas desprovidas de serviços urbanos básicos, onde as moradias são erguidas pelos próprios trabalhadores em momentos de folga.

A prefeitura tinha total conhecimento do que significava a abertura destes loteamentos. Sabia que não tinha condições nem recursos para urbanizá-los, tal a extensão da mancha urbana que provocavam. Longe de não prever o que estava acontecendo, eram frequentes os alertas que, na época, os próprios técnicos da Prefeitura faziam sobre os prejuízos que tal modalidade de expansão urbana teria para São Paulo. (KOWARICK; BONDUKI, 1988, p.138)

É mister destacar a ausência do Estado na viabilização de infraestrutura necessária aos novos bairros periféricos, bem como na regularização e condições dignas de moradia dos cortiços nas áreas centrais. Com a periferização das moradias, o cortiço deixa de ser modalidade predominante de habitação operária, mas permanece com grande contingente da população, conforme sinaliza Kowarick referindo-se à década de 1980.

Assim como no passado, encontram-se hoje diversas modalidades de habitação coletiva. Nas áreas mais centrais da cidade, de implantação mais antiga, em zonas que jamais alcançaram altos valores imobiliários e mesmo em áreas extremamente valorizadas estão os cortiços que, pela proximidade dos serviços, pela disponibilidade de infraestrutura e principalmente pela facilidade de transporte, abrigam aquela parcela de trabalhadores que, por opção ou por obrigação, recusa o padrão periférico. (KOWARICK, 1988 p. 67)

O processo de urbanização do centro de São Paulo caracteriza-se, por um lado, pela situação de degradação da vida dos trabalhadores nos cortiços e, por outro, pela constituição do Centro como local de consumo e negócios, com área desenvolvida em torno do "Triângulo Histórico" formado pela confluência das Ruas Direita, XV de Novembro e Boa Vista. Frúgoli (2000) resgata tal aspecto nas primeiras décadas do século XX:

[...] nas primeiras décadas desse século a sociedade tinha uma meta clara: construir um Centro. Na realização dessa tarefa, convergiam os interesses da classe dominante e da municipalidade. Os projetos urbanísticos tinham como modelo os padrões europeus de cidade e procurava-se reproduzi-los na conjugação de ruas, praças e edifícios que compunham o espaço cenográfico da vida urbana que se organizava (FRÚGOLI apud GROSTEIN, 2000, p. 51)

A arquitetura do Centro recebeu diversos projetos como a Pinacoteca do Estado, o Teatro Municipal, o Palácio das Indústrias, o Mercado Municipal, dentre outros. De acordo com Frúgoli (1995, p.23), “o período é marcado por uma cidade dividida e apartada em termos sociais, com o crescimento voltado à burguesia, contrapondo-se às precárias condições de trabalho e moradia dos operários fabris”.

[...] o violento crescimento urbano de São Paulo passa a ser crescentemente constituído pelas camadas populares que são adensadoras e cujos bairros (Brás, Bom Retiro, Barra Funda) começam também a se expandir a cidade de São Paulo organizou-se em duas partes distintas, separadas pelo rio Tamanduateí, pelo córrego Anhangabaú e pela estrada de ferro S.P.R. - São Paulo Railway (Santos a Jundiaí), sendo que a leste localizaram-se os bairros populares (mistos) com residência operária, indústria e comércio, tendo como pioneiro o Brás. A oeste, situava-se o centro da cidade e por aí caminhou sua expansão, formando-se os bairros da aristocracia rural e da burguesia industrial como Campos

Elíseos, Vila Buarque, Higienópolis e Avenida Paulista. [...] (FRUGOLI apud VILLAÇA, 1995, p. 23)

A fim de compreender as relações estabelecidas no território, é fundamental assinalar essa forma de ocupação que caracteriza a cidade como o centro tradicional habitado predominantemente pela classe burguesa, enquanto a região do Brás com a presença dos operários.

Nos anos 1950, Frúgoli (2000, p. 57) sinaliza que foi realizada uma pesquisa sobre o centro da cidade, identificando saturação no crescimento econômico, dada sua organização em torno do chamado antigo centro, com necessidade de descongestionar a região. A pesquisa serviu como alerta, mas enfrentou resistência da burguesia quanto a uma possível modificação da estrutura vigente, vindo a ocorrer tempos depois.

Em meados dos anos 1960, o centro histórico começou a exibir sinais de deteriorização, com a presença do comércio informal, violência e pobreza, crise acentuada nas décadas seguintes, culminando, em 1990, com uma situação de heterogeneidade entre vários grupos sociais ali presentes.

Nos espaços públicos da área central da cidade, por conseguinte, distintos grupos sociais formaram variadas redes de relações voltadas à sobrevivência - como camelôs, engraxates, desempregados, aposentados "plaqueiros", vendedores de ervas, de bilhetes de loteria, de churrasquinho, pregadores, religiosos, videntes, prostitutas, travestis, homens e menores de rua, artistas de rua, rolistas, batedores de carteira, trapaceiros e muitos outros - com uma diversidade quanto ao tipo de uso do espaço embora com certas semelhanças entre si, em particular quanto à origem popular e muitas vezes nordestina além de uma certa forma de organização interna que combina princípios de solidariedade com outros de hierarquia do tipo clientelista e personalista. (FRUGOLI, 2000, p. 59)

Apesar da expansão imobiliária nas áreas periféricas, o contingente de trabalhadores que buscam residir na área central da cidade, nas décadas seguintes, permanece em crescimento. Mais de 80% das antigas residências térreas e velhos casarões da área central de São Paulo foram transformados em cortiços (KOWARICK, 1988, p. 67).

Assim como nos anos iniciais da industrialização, a região central de São Paulo permanece configurada por sua diversidade sociocultural, com relações cotidianas entre as classes sociais que utilizam o espaço, seja para moradia, lazer, trabalho, entretenimento, consumo, dentre outras atividades da vida social. Porém, com mudanças significativas em alguns aspectos como o perfil dos moradores e empresas na região, caracterizado por um processo de evasão. De acordo com Frugoli:

O processo de crescente popularização do Centro, a partir de meados dos anos 60, foi concomitante ao início da evasão de empresas e bancos para outros subcentros, à deteriorização de parte de seus equipamentos urbanos e ao declínio de seu valor imobiliário. Deve-se observar que se está frisando a concomitância de ambos os processos, não a determinação do primeiro sobre o segundo, a fim de se evitar o velho jargão ideológico que sustenta que é a presença maciça das classes populares a responsável pela deteriorização de determinados espaços da cidade. (FRUGOLI, 2000, p. 61)

Com a consolidação imobiliária no sentido sudoeste, a alta burguesia e depois a classe média afastaram-se progressivamente do Centro, carreando a ação do Estado na mesma direção. Conforme Villaça (1989, p. 130), também as sedes de governo seguiram os novos fluxos das elites, mudando-se primeiro o gabinete do prefeito para o Parque do Ibirapuera (década de 1950) e o do governador para o bairro do Morumbi (década de 1960).

De acordo com José (2010, p. 25), ao mesmo tempo em que as moradias das elites se transferiram para os bairros do sentido sudoeste, os serviços e o comércio de rua, ligados a estes grupos, também se transferiram. Com isso, o comércio de rua do centro passou a se adequar a um público de menor poder de compra.

Outro fator que colaborou para a degradação do centro foi o desenvolvimento do mercado imobiliário, nos anos 1990, de escritórios de alto padrão nas Avenidas Faria Lima e Berrini, e um pouco depois na Marginal do Rio Pinheiros, deslocando grandes bancos do Centro para os novos bairros.

O Centro, portanto, transformou-se profundamente. Tornou-se Centro das camadas populares, a exemplo da segregação que configura a expansão da cidade. [...] Esta nova separação territorial passa a demarcar com maior clareza a separação socioeconômica que configura, portanto, a existência de dois centros: um nobre e outro popular; um novo, das classes dominantes, e o velho, do resto da população. (JOSÉ, 2010, p. 27)

Na tentativa de conter a deterioração e o abandono do centro, em 1991, organizações de diversos setores da sociedade criam a Associação Viva o Centro, no intuito de revalorizar a área, que mesmo sendo a mais bem provida da cidade, considerando acesso à infraestrutura, perde moradores e empresas para outras regiões menos estruturadas. A associação propôs intervenções importantes como melhoria dos cortiços pelo poder público, revisão do sistema de transporte para diminuição do fluxo, atuação com as pessoas em situação de rua e camelôs (FRÚGOLI, 2000).

A Associação ganha força pela gestão de Luiza Erundina (1989-1992), período em que foram realizadas ações procurando integrar a melhoria da paisagem urbana e de seus espaços públicos com a preservação do patrimônio histórico. A ida do gabinete da prefeita para o Centro foi um fato bastante marcante desta gestão, na contramão do histórico movimento do poder político rumo a setores de deslocamento da elite econômica. Nesta época, também a melhoria das condições habitacionais da população de baixa renda, residente no Centro, foi colocada em pauta, como objeto de política pública. José (2010) sinaliza que em um contexto de discussão da Reforma Urbana e de elaboração da Constituição de 1988, ocorria a maior politização dos problemas habitacionais, que passavam da esfera do atendimento a pessoas carentes, para uma esfera de debates e organização política.

Apesar dessas iniciativas em favor da revalorização, o centro, nos anos 1990, é marcado por manifestações da questão urbana:

[...] também têm sido interpretados como negativos a presença de serviços formais e informais destinados a ou exercidos por setores populares (camelôs, prostituição etc.), e a presença de catadores de materiais recicláveis, atividade altamente positiva no aspecto ambiental e gerador de trabalho e renda. Estas ocupações são características do Centro, e comuns entre os moradores de cortiços

da região. O aspecto atualmente mais comentado é a existência de tráfico e consumo de drogas, mais especificamente de crack, na região que ficou conhecida como Cracolândia a partir de meados da década de 90. Segundo a mídia, “uma espécie de ‘buraco negro’, onde vivem crianças, jovens e adolescentes viciados em crack” (JOSÉ, 2010, p. 32)

Considerando a realidade em movimento, no centro da metrópole, situações antes ausentes começam a fazer parte do cotidiano da região central, dentre elas a questão do tráfico e do uso de drogas, especificamente o *crack*, alocado em área específica próxima à Luz. Além da problemática dos catadores de recicláveis, que exercem trabalho sem condições mínimas de segurança, ambas as situações revelam necessidade de atenção quanto às intervenções da saúde ambiental junto às áreas de risco do território, respeitando a sua especificidade e necessidade.

A realidade no período permanece com esvaziamento da área central, evidenciada nas pesquisas:

Segundo dados do IBGE, a região central havia perdido cerca de 70.000 habitantes entre 1980 e 1990. O esvaziamento habitacional era interpretado sob duas óticas: a de que, estando vazios os espaços, eram ocupados por marginais e moradores de ruas; e a do desperdício de infraestrutura frente ao déficit habitacional da cidade. A primeira perspectiva alinhava-se com a ideia de fomentar a vinda da classe média para o Centro, e a segunda voltava-se para a implantação de moradias populares. (JOSÉ, 2010, p. 32)

Com a proposta de efetivar a segunda vertente, se consolidou a ideia de constituição de um polo cultural na região da Luz, com implantação de projetos associando a recuperação do patrimônio histórico com novos equipamentos culturais para a transformação urbana do Centro de São Paulo, iniciada pela região da Luz. Apesar da tentativa, segundo José (2010), as ações realizadas na Luz se mostraram frágeis no sentido de reverter para o Centro o interesse do mercado imobiliário, o comércio e serviço que o abandonou, e não conseguem reverter o processo de popularização.

A discussão do espaço urbano no Centro de São Paulo permeia também os movimentos de moradia que, a partir de 1997, passaram a realizar ocupações

massivas e seguidas em edifícios vazios do Centro, após tentativas de negociações com o setor público. Sobre os movimentos, José (2010) destaca que:

[...] sua atuação tornou-se cada vez mais direcionada, voltando-se, com o respaldo de assessorias técnicas formadas por arquitetos, engenheiros e profissionais da área social, para imóveis com maiores potencialidades de aquisição e reforma. Entre 1997 e 2005, foram realizadas 44 ocupações na área central. (JOSÉ, 2010, p. 35)

1.2. Centro Histórico no século XXI

A partir dos anos 2000, começa-se a se perceber, de fato, a realização de ações menos esparsas no Centro, ou a permanência deste na pauta das administrações municipais. Em 2002 foi aprovado o Plano Diretor Estratégico (PDE) para o município, que incluía instrumentos do Estatuto da Cidade, como as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), diretamente vinculadas à elaboração de políticas habitacionais.

Conforme levantamento de José (2010), os censos do IBGE de 1980, 1991 e 2000 mostram que, nos últimos anos, houve evasão de residentes na Região Central: num período de duas décadas, sua população diminuiu 179.000 habitantes, significando uma perda total de 30%. Fato curioso se destaca, mesmo com a diminuição da população residente na Região Central; 50% dos seus distritos apresentam densidade superior à média do município. Os mais densos são os da Bela Vista, República, Santa Cecília, Liberdade e Consolação. Apesar da diminuição recorrente, desde os anos 1980, a última década enfatiza modificações que devem ser consideradas com atenção:

As áreas centrais da cidade de São Paulo voltaram a ganhar população na última década, entre 2000 e 2010. Os resultados do Censo 2010 mostram o aumento no número de moradores nos distritos que fazem parte da subprefeitura da Sé em contraponto com as perdas de residentes verificadas nos censos anteriores. (KOHARA, 2013, p.71)

Os fatores que podem ter colaborado para esse crescimento estão relacionados ao fato de ser a região mais antiga da cidade, fruto de investimento público anterior, infraestrutura e acesso a serviços públicos com maior facilidade

do que em outras regiões da cidade, além da concentração de empregos. Kohara (2013, p. 79) levanta a hipótese sobre o repovoamento destacado no período impulsionado pela tentativa da classe média de escapar dos congestionamentos, procurando residir nas áreas centrais, próximas ao trabalho.

De acordo com dados do Censo 2010, houve um aumento populacional de 65.485 habitantes no centro histórico, com relação ao Censo 2000, aumento distribuído em todos os distritos administrativos que compõem a região central³.

Em análise do repovoamento das áreas centrais, no período entre os censos 2000 e 2010, Kohara (2013) aponta características importantes desse crescimento, como o aumento da população adulta em todos os distritos; e idosa em quase todos os distritos, com exceção da Sé. Outro fator importante é o aumento de domicílios cujo responsável tem baixa renda.

No Centro Histórico como um todo, o conjunto de domicílios com responsáveis de baixa renda, inseridos naquela classe até 3 salários mínimos, correspondia a 14,2% do total de domicílios particulares em 2000; em 2010 esse percentual passou a ser 36,4%. (KOHARA, 2013, p.86)

Portanto, evidencia-se um aumento significativo de moradores com baixa renda na região, fator que deve ser considerado ao planejar intervenções de políticas públicas na região, tendo em vista a tendência de popularização das condições domiciliares. Outra questão importante é a manutenção dos cortiços que representam 5,1% do total distrital de domicílios particulares permanentes, sendo Santa Cecília o distrito com o maior número. (KOHARA, 2013, p.107)

Na área central da cidade de São Paulo, encontram-se os mais variados segmentos da população: trabalhadores dos setores formal e informal da economia transitam e constroem suas vidas; moradores locais com condições adequadas de vida; moradores em situação de precariedade, como os dos cortiços, favelas e imóveis ocupados; profissionais do sexo; imigrantes de outros países em situação ilegal; e a população em situação de rua, cuja presença escancara a verdadeira face da metrópole que exclui os sujeitos das relações de

³ Lei Municipal 11.220/92 - Subprefeitura Sé composta pelos distritos administrativos Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé.

trabalho e os impulsiona, cada vez mais, a processos complexos de exclusão social.

Diante dessa demanda heterogênea, formada e modificada ao longo dos anos, na capital paulistana, é imperiosa a necessidade de novas formas de análise, intervenção e abordagem sobre a saúde dessa população, sobretudo a saúde ambiental, considerando as peculiaridades e especificidades apresentadas em cada distrito e segmento populacional. A partir desse conhecimento, é necessário identificar os contextos e determinações das desvantagens sociais nas quais certos grupos populacionais estão inseridos, provenientes das manifestações da questão urbana.

Considerando a realidade do Centro de São Paulo como objeto de estudo e análise da saúde ambiental, se faz urgente o aprofundamento conceitual acerca da categoria questão urbana.

1.3. Condições de vida da classe trabalhadora e questão urbana

É imperioso compreender a situação concreta da realidade apresentada no item anterior, materializada pelas condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora no centro de São Paulo e, a partir dessa compreensão, relacioná-la com a saúde ambiental, objeto de estudo da presente pesquisa.

O desenvolvimento do capitalismo tem como marco a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, em meados do século XIX. A introdução da máquina foi avassaladora na modificação das relações da sociedade. Na Europa, a passagem do modo de produção feudal para o capitalista trouxe novas classes sociais - os proletários, antes servos dos senhores feudais, trabalhadores das terras, e pós-revolução vendedores de sua força de trabalho à classe burguesa, despossuídos dos meios de produção de sua vida.

As condições de vida do operariado inglês eram precárias em todos os aspectos de suas vidas, desde moradias escassas ou inexistentes, abrigando em um mesmo cômodo várias famílias; alimentação insuficiente; vestimenta de farrapos; até insalubres ambientes de trabalho, resultando em doenças, alcoolismo, prostituição, dentre outras questões. As péssimas condições de

moradia e a superpopulação são duas anotações constantes sobre os bairros operários londrinos (BRESCIANI, 2008, p. 24).

A respeito das condições de saneamento da época, Engels (2010), citando o relato da comissão de Huddersfield relata que:

É notório que, em Huddersfield, ruas inteiras e muitas ruelas e pátios estão desprovidos de pavimentação, esgotos e outras formas de escoamento; aí se acumulam detritos, sujeira e imundícies, que apodrecem e fermentam, e por quase todo lado a água estagnada forma charcos; em consequência, as habitações contíguas são necessariamente sujas e insalubres, originando doenças que ameaçam a saúde de toda a cidade. (ENGELS, 2010, p. 84)

A situação precária de vida da população londrina, na década de 1840, é também analisada pelo sanitarista do período, Dr. Chadwick, que sinaliza inclusive impactos negativos no processo de acumulação de capital, vistos com preocupação pela burguesia.

[...] as condições físicas ambientais malsãs deterioram a saúde e o estado físico da população, que elas agem, da mesma maneira, como obstáculos à educação e ao desenvolvimento moral; que, diminuindo a expectativa de vida da população operária adulta, impedem o crescimento das capacidades produtivas e diminuem o capital social e moral da comunidade; [...] (BRESCIANI, 2008, p. 28)

A formação do capitalismo e das grandes cidades, na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, aqui expostas pelas condições iniciais de vida da classe trabalhadora em seu surgimento, guardadas as diferenças de realização do capitalismo nos diferentes países, apresenta traços que se assemelham à realidade vivenciada pelos trabalhadores no Brasil. A apropriação privada do trabalho social coletivo, presente no modo de produção capitalista, traz em seu bojo a questão social como expressão das contradições entre as classes sociais.

De acordo com Yamamoto:

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação

privada da própria atividade humana – o trabalho -, as condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] A Questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relação de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2001, p. 17)

E ainda, segundo Raichelis (2006):

[...] a questão social, tal como a entendemos, é a expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das relações sociais, e, na particularidade atual, a partir das configurações assumidas pelo trabalho e pelo estado, no atual estágio mundializado do capitalismo contemporâneo. (RAICHELIS, 2006, p. 17)

Na realidade brasileira, evidencia-se a mudança do cenário rural para o urbano, no século XX, sobretudo na década de 1930, com o fenômeno do êxodo rural, com a aglomeração das pessoas em torno das fábricas e a formação desordenada dos centros urbanos e das grandes cidades. Apesar de parecerem processos antagônicos, as problemáticas do campo e da cidade partem da mesma totalidade.

Nas sociedades agrícolas pré-capitalistas, os resíduos vegetais e humanos geralmente retornavam ao solo como fertilizante, ajudando a repor nutrientes perdidos. Porém, o movimento de cerceamento dos campos e a concentração e privatização da terra que acompanharam o advento do capitalismo criaram uma divisão entre campo e cidade, deslocando a população rural e expandindo a urbana. Práticas de agricultura intensiva foram usadas para aumentar a produção. Alimentos e fibras – junto com nutrientes essenciais para o solo foram acumulados como lixo, poluindo as cidades. Essas práticas minaram as condições naturais necessárias para a reprodução do solo. (CLARK; FORSTER, 2010, p. 24)

No século XXI, presenciam-se, somado às expressões da exploração do trabalho, relacionadas às novas configurações da vida moderna, estruturas arquitetônicas verticais, isoladas e inacessíveis, reforçando constantemente a impossibilidade de vida coletiva; a longa distância entre as moradias e os locais de trabalho; as jornadas extenuantes; o trabalho de mulheres somado a sua dupla jornada, vivenciada cotidianamente com os cuidados domésticos e dos filhos. O caos urbano perpassa pelos problemas respiratórios devido à poluição; por

transporte de má qualidade e congestionamentos longos e diários; inundações; ocupações irregulares do solo; especulação imobiliária; moradias irregulares e localizadas em área de risco para a vida humana; população em situação de rua; ausência de saneamento básico, entre outros agravantes contemporâneos, que não se distanciam da Inglaterra do século XIX.

A mera concentração da população nas grandes cidades já exerce uma influência deletéria. A atmosfera de Londres não pode ser tão pura e rica em oxigênio como a de uma região rural; 2,5 milhões de pessoas respirando e 250 mil casas amontoadas numa área de três ou quatro milhas quadradas consomem uma enorme quantidade de oxigênio que dificilmente se renova, uma vez que a arquitetura citadina não favorece a circulação do ar. O gás carbônico produzido pela respiração e pela combustão permanece nas ruas graças à sua densidade e porque as correntes principais dos ventos passam acima das casas. Os pulmões dos habitantes não recebem a porção adequada de oxigênio e as consequências são a prostração física e intelectual e uma redução da energia vital. Por isso, os habitantes das grandes cidades estão menos expostos às doenças agudas, particularmente do tipo inflamatório, que os moradores das áreas rurais, que respiram um ar livre e normal – mas, em contrapartida, os cidadãos sofrem muito mais de doenças crônicas. E se a vida nas grandes cidade, em si mesma, já não é fator conveniente à saúde, imagina-se o efeito nocivo causado pela atmosfera anormal dos bairros operários, onde, como vimos, encontra-se reunido tudo que pode envenená-la. [...] O lixo e os charcos permanentes nos bairros operários das grandes cidades, justamente porque produzem gases patogênicos, representam um gravíssimo perigo para a saúde pública – e o mesmo deve dizer-se das emanções dos cursos de água poluídos. (ENGELS, 2008, p. 136-137)

São Paulo, a maior capital do Brasil, traz elementos em sua realidade contemporânea que remetem aos constituintes do surgimento das grandes cidades inglesas da época do desenvolvimento inicial do capitalismo, notadamente seus elementos mais regressivos. Apesar das peculiaridades de tempo e espaço de cada cidade, inseridas em sociedades capitalistas, estruturalmente diferentes, no caso do Brasil, dependente dos centros hegemônicos como a Inglaterra, pode-se citar a presença de becos, barracos, esgotos a céu aberto, aglomerado de pessoas em um mesmo cômodo, jornadas extenuantes de trabalho que remontam à realidade europeia do século XIX.

A realidade da cidade de São Paulo revela fortemente as expressões da questão social, conforme sinaliza Raichelis:

Aqui, nesse imenso território, a partir do qual se organiza a dinâmica do capitalismo no Brasil, se expressa mais claramente do que em qualquer outra metrópole do país a espoliação urbana, a subcidadania, a dinâmica das lutas e reivindicações por melhores condições de moradia e de trabalho. Verdadeiro laboratório social, a Grande São Paulo – com seus cortiços, suas favelas, suas invasões e moradias autoconstruídas, seus bairros ricos, seus condomínios fechados – continua nesse final de século XX e início do XXI como o grande desafio à compreensão dos problemas urbanos no país (VALLADARES 2000 apud RAICHELIS, 2006 p. 39).

Convergindo com a contribuição para tal discussão, Kowarick (2000) caracteriza a espoliação urbana relacionando-a com a exploração do trabalho:

Espoliação urbana é a somatória de extorsões que se opera pela inexistência ou precariedade de serviços de consumo coletivo, que juntamente ao acesso à terra e à moradia apresentam-se como socialmente necessários para a reprodução dos trabalhadores e aguçam ainda mais a dilapidação decorrente da exploração do trabalho, ou, o que é pior, da falta desta. (KOWARICK, 2000, p. 42)

Como recorte para a presente pesquisa, é fundamental a reflexão quanto às expressões da espoliação urbana sofridas pela classe trabalhadora na cidade de São Paulo e sua interferência direta no processo de saúde dessa população. Para tanto, o conhecimento da realidade concreta na qual vive a população na região central se faz emergente para o planejamento de ações comprometidas com esta realidade.

No Infocidade⁴, endereço eletrônico da prefeitura da cidade de São Paulo para consultas de dados sobre a cidade, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano - SMDU coloca à disposição do público uma compilação de indicadores e informações que compõem o acervo de seu banco de dados. As fontes são as próprias secretarias da prefeitura, responsáveis por serviços diversos oferecidos aos paulistanos, mas também instituições como o IBGE, a Fundação Seade e os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Educação e da Saúde.

⁴ Disponível em: <www.infocidade.sp.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2015.

De acordo com essa base de dados, no último Censo de 2010 (IBGE), foi registrado um número de 11.253.503 de habitantes na cidade de São Paulo, sendo que 431.606 estavam na região central com o distrito Santa Cecília, totalizando o maior número de habitantes da região, ou seja, 83.717. De acordo com a projeção da SMDU, em 2015, o número de habitantes no centro chega a 454.717; aumento de 5% nos últimos cinco anos. Quanto à tipologia de domicílios, dos 178.168 (IBGE, 2010) domicílios do centro, 156.168 são apartamentos e há 5.543 casas de cômodos e/ou cortiços. A respeito dos empregos formais existentes na região, de acordo com levantamento realizado, em 2013, pela SMDU, havia 738.854 empregos, sendo 545.471 no setor de serviços. Essa informação evidencia a população circulante do centro, caracterizada por trabalhadores que moram em outras regiões.

Conforme Censo das pessoas em situação de rua, divulgado em março de 2015, pela SMADS, das 15.908 pessoas recenseadas, 7.180 encontram-se na região central, sendo 1.828 em Santa Cecília; 1.448 na Sé e as demais distribuídas nos outros seis distritos administrativos. Portanto, o centro é referência para cerca de 45% das pessoas em situação de rua da cidade de São Paulo.

Diante dos dados apresentados, elucida-se que na área central da cidade de São Paulo encontram-se os mais diversos segmentos da população, que vivenciam cotidianamente os tensionamentos decorrentes da espoliação urbana: trabalhadores dos setores formal e informal da economia transitam e constroem suas vidas; moradores locais com condições adequadas de vida; moradores em situação de precariedade, como os dos cortiços, favelas e imóveis ocupados; profissionais do sexo; imigrantes de outros países em situação ilegal; e a população em situação de rua, cuja presença escancara a verdadeira face da metrópole que exclui os sujeitos das relações de trabalho e os impulsiona, cada vez mais, a processos complexos de degradação social.

CAPÍTULO 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O SUS E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

Pela sua importância em relação aos objetivos da presente pesquisa, neste capítulo, pretendemos refletir sobre o processo sócio-histórico da saúde no Brasil, sobretudo a partir do Sistema Único de Saúde, traçando um panorama histórico-crítico da política de saúde, a partir da década de 1980, com destaque para a disputa de propostas entre os dois projetos sanitários em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária - construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Federal de 1988 - e o Projeto Privatista neoliberal da saúde, que torna-se hegemônico a partir da segunda metade da década de 1990 e que se mantém hegemônico no limiar do novo século. Além disso, introduzimos a análise sócio-histórica da Saúde Ambiental, inserida no SUS, a fim de construir subsídios para o entendimento da relação entre a questão urbana e a saúde ambiental, considerando a realidade da cidade de São Paulo.

Historicamente, o conceito de saúde foi elaborado a partir de uma visão "médico-cêntrica", considerada como a ausência de doença, pautada na ideia da interação mecânica das partes do corpo.

A reversão do paradigma mecanicista tem suas raízes na constatação da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo do risco individual para responder aos processos de saúde-doença, próprios da vida moderna. Dessa forma, consolidou-se uma nova posição entre amplos setores da comunidade científica e profissional, a despeito de toda resistência oferecida pelo complexo médico-industrial. Tal fato ocorreu pela evidência de que fatores socioeconômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde, levando à afirmação de que não existe correlação entre o aumento do nível de atividades médicas e o aumento do nível de saúde da população (MERHY, CAMPOS; QUEIROZ, 1989 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

A partir do entendimento ampliado de saúde, considerado como resultado das condições materiais de vida das populações no seu processo de produção e reprodução da vida social pode-se compreendê-la, também, como expressão da

questão social, presente desde os primórdios do capitalismo urbano-industrial no país.

O capitalismo industrial alterou as condições de vida da população. Para Singer et al (1978), a população no campo estava menos sujeita ao contágio e mais resistente às epidemias. As condições de saúde eram melhores do que na cidade, que enfrentava problemas elementares para a vida urbana: limpeza de ruas, suprimento de água, saneamento, habitação operária. A consequência desta deteriorização das condições de vida foi o aparecimento de epidemias e enfermidades contagiosas. A mortalidade, principalmente infantil, era aterradora. (BRAVO, 2013, p. 34)

Desse modo, compreender o processo de saúde-doença das populações exige o conhecimento das atividades econômicas que elas exercem, bem como as suas condições de moradia e inserção no tecido urbano.

No Brasil, as ações relacionadas à saúde foram diferentes em cada tempo histórico. Os primeiros registros da política de saúde como atendimento à população eram filantrópicos, posteriormente, restritos aos trabalhadores formais e aos possuidores de renda suficiente para pagamento dos serviços. Na cidade de São Paulo, loco dessa pesquisa, assim como no âmbito nacional, a política de saúde mostra-se pontual e focalizada, com ações de saúde pública voltadas ao controle sanitário das epidemias. Vale ressaltar que essas mudanças na política de saúde acompanharam o movimento histórico de cada época e são expressões das lutas sociais que pressionam o Estado a organizar respostas públicas às demandas sociais da classe trabalhadora.

No período compreendido entre a colonização e a década de 1930, início das políticas sociais nacionais, a população pauperizada era atendida nas Santas Casas de Misericórdia, que tinham caráter religioso e filantrópico, ao contrário da classe abastada que possuía acesso a médicos particulares, pagando pelo atendimento.

Com a intensificação do processo de industrialização na década de 1930, o governo de Getúlio Vargas começa a construção de uma legislação trabalhista em que, no âmbito da saúde, instituiu um sistema corporativista, voltado especificamente para os trabalhadores. Conforme salienta Bravo (2013):

Na década de 1930, é possível identificar, no bojo das políticas sociais, uma *política de saúde* de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para os campos. O subsetor de saúde previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2013, p. 132)

. A partir desse período, a nova legislação federal criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), enquanto autarquias que se organizavam por categorias profissionais, para usufruírem de serviços de saúde conveniados e benefícios previdenciários. A medicina previdenciária passou a ser considerada a partir de 1960, de acordo com Bravo (2013, p. 148), “como aspecto importante para o processo de trabalho, pois a massa assalariada tinha péssimas condições de trabalho e baixa remuneração”.

Nos anos 1970, com a implantação do Plano Nacional de Saúde, a previdência e a saúde foram separadas e a saúde passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde e já um grande número de hospitais conveniados era privado.

Nesse período, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada, processo que se iniciou a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. (BRAVO, 2013, p. 152)

Configuram-se, portanto, ações de interesse do capital, inclusive internacional, através da articulação com as indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar, reproduzindo a “[...] prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada” (TEIXEIRA, 1986 apud BRAVO, 2009).

Com o aumento das despesas e a necessária ampliação dos serviços, a segunda metade dos anos 1970 é marcada pelo Movimento da Reforma Sanitária, mobilização social formada por médicos sanitaristas e outros grupos da sociedade, favoráveis às concepções sociais do processo saúde - doença, com implantação dos direitos sociais no país. As reivindicações contrárias à ditadura,

ou seja, a favor da democracia, do fortalecimento do setor público e dos serviços de saúde se faziam presentes com propostas de "universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado" (BRAVO, 2009, p. 9), dentre outras.

O movimento consolidou suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, com a aprovação das propostas que embasaram o texto constitucional de 1988, em que a saúde torna-se um direito universal e dever do Estado.

2.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, definições

Aprovada em tempos de redemocratização da sociedade, momento em que o país estava tomado por um forte e amplo movimento no âmbito da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 refletiu a disputa de hegemonia, presente naquele momento e, pela primeira vez, na história do país, criou o conceito de Seguridade Social vinculado à matriz do direito, colocando-a sob responsabilidade do Estado.

Considera-se que houve significativo avanço no aspecto da garantia de direitos sociais no período,

[...] uma Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, reunindo movimentos sociais, personalidades e partidos políticos com compromissos democráticos que participaram dos grupos de trabalho. Daí decorre, por exemplo, a introdução do conceito de seguridade social articulando as políticas de previdência, saúde e assistência social, e dos direitos a ela vinculados, a exemplo da ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais, agora no valor de um salário mínimo e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiência (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 144).

O Movimento de Reforma Sanitária, iniciado no final da década de 1970, teve fundamental contribuição para a efetivação da política de saúde na Carta Magna de 1988. O referido movimento se constituiu na fase inicial por profissionais da saúde e, posteriormente, passou a agregar vários movimentos e diferentes sujeitos, para além dos profissionais da área da saúde ou usuários de

tal política. O Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), primeiro protagonista institucionalizado do movimento (NETO, 1997), cumpriu um papel relevante de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia. Juntamente com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio da promoção de inúmeras atividades - publicações, encontros, seminários e simpósios –, contribuiu para iniciar a sistematização de uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista que era hegemônico nos anos 1970 (MENDES, 2005).

Conforme Bravo (2008), as principais propostas debatidas pelo movimento versavam sobre a:

[...] universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 96).

A reforma sanitária foi responsável por trazer alguns aspectos fundamentais: primeiramente, um conceito abrangente de saúde, sendo esta uma:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.12)

O segundo aspecto refere-se à reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único que tem como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular (MENDES, 1999).

Outra característica importante diz respeito à emersão da saúde como um direito de cidadania e como dever do Estado. De acordo com Teixeira (1989), o texto constitucional, com relação à saúde, tem como principais avanços:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes, segurado/não segurado, rural/urbano; as ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, [...] (TEIXEIRA, 1989 apud BRAVO, 2006, p.97)

Todavia, a luta pela saúde não esteve isenta de embates. Os defensores de um conceito de saúde integral, vinculado às condições de vida e trabalho da população se depararam com os “fortes interesses econômicos do setor privado, a exemplo da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso, portanto, aos recursos públicos” (MENDES, 1999, p. 145).

De acordo com a Constituição Federal, a saúde deve ser vista de forma ampliada, uma vez que é um direito humano fundamental, com caráter social e universalista. Nesse sentido, concebe-se a saúde como um processo que, portanto, vai para além do binômio saúde/doença. E ao se inscrever na Carta Magna que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” confere-se às ações e aos serviços de saúde uma relevância pública, devendo o Estado regulamentá-los, provê-los, fiscalizá-los e controlá-los.

Portanto, o Sistema Único de Saúde, enquanto conquista política da classe trabalhadora, se construiu pautado sobre princípios e diretrizes, que conferem uma organização descentralizada do modelo assistencial, na qual a saúde é pensada por região, considerando as questões epidemiológicas e sua relação com as condições socioeconômicas. Esse modelo, por conseguinte, acaba por compreender que o processo de adoecimento da população ocorre de maneira diferenciada, em que as especificidades intraterritoriais devem ser consideradas.

O modelo de assistência à saúde, previsto pelo SUS, requer a descentralização dos serviços e, conseqüentemente, confere uma responsabilidade e atuação mais ampla aos municípios, com competências e

atribuições específicas dos diferentes níveis de governo, já que a cada um corresponde um nível de abrangência territorial.

Tal modelo de descentralização é fundamental para o planejamento de ações, de acordo com as especificidades de cada território. As situações vivenciadas em uma metrópole como São Paulo decorrem de seu processo de urbanização, e possuem características que exigem da gestão um olhar que possa "captar as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais da população, em seus diferentes espaços (SILVA, 2004, p. 12), pois existe grande diferenciação entre as condições de vida da população com relação aos demais municípios e no interior do seu próprio território nos diversos distritos administrativos. Quanto à municipalização, Vasconcelos e Pasche (2006), destacam que:

A descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde se constituiu na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil. As definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 536)

A Lei 8.080/1990, que regulamenta o artigo 196 da CF, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como rege a organização e funcionamento dos serviços correspondentes ao SUS. "Os princípios e diretrizes passam a constituir as regras pétreas do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de organização do sistema" (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 535).

Nesse sentido, têm-se como princípios doutrinários que conferem legitimidade ao sistema: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência que pauta a articulação entre os serviços e a equidade através da preservação da autonomia dos indivíduos, igualdade; e a garantia de acesso à informação de forma a potencializar os serviços oferecidos.

A universalidade, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), assegura o direito à saúde sem discriminação ao conjunto de serviços e ações de saúde,

ofertados pelo sistema. Essa perspectiva propõe oferta a todos os cidadãos, desde vacinas até cirurgias complexas, diferente do modelo anterior, ao qual tinham acesso aos serviços apenas os cidadãos com vínculos previdenciários.

Outro princípio em destaque, a integralidade, considera as diversas peculiaridades da saúde:

A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 535)

Tal princípio amplia a qualificação dos serviços em todas as dimensões, das mais simples às mais complexas, na gama de ações perpassadas pela prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

A equidade no acesso à saúde é justificada pela prioridade na oferta de serviços e ações aos segmentos populacionais em maior risco de adoecer, devido às condições de vida decorrentes da desigualdade social.

Elencado como um dos princípios do SUS, o direito à informação busca garantir aos cidadãos conhecimento sobre sua saúde individual e coletiva, "atribuindo aos profissionais e gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito" (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 536).

Dados os princípios do SUS, a forma de gestão para sua efetivação é evidenciada pelas diretrizes organizativas que se articulam e se complementam com os princípios. As diretrizes visam imprimir racionalidade ao funcionamento do sistema, destacando-se a descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações da saúde. Outra diretriz importante é a regionalização, relacionada diretamente com a descentralização, conforme Vasconcelos e Pasche (2006), seu objetivo constitui-se em alocar de forma racionalizada e equânime os recursos no território, com base na distribuição da população, proporcionando, assim, a integração das ações assistenciais.

A hierarquização refere-se aos níveis de atenção e a organização do sistema a fim de otimizar essas relações, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2006):

Com a ideia de Hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 536)

Outra diretriz pertinente ao funcionamento do SUS é a integração das ações e recursos, com base no planejamento. Essa diretriz tem intrínseca relação com o princípio da integralidade, em que o sistema necessita fornecer condições de continuidade do cuidado, de forma integrada, em todos os níveis de atenção. O processo de gestão e planejamento é imprescindível para a condução racional do sistema.

Para garantir o controle social no âmbito da política, a diretriz participação comunitária, regulamentada pela Lei nº 8142/1990, vem efetivar esse espaço de controle social público na busca de uma democracia participativa, através das instâncias deliberativas dos Conselhos e Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo.

Outro componente essencial do sistema de saúde pública brasileiro, enfatizado na Lei Orgânica da Saúde, é a Vigilância em Saúde, objeto desta dissertação que será analisada adiante. De acordo com o Ministério da Saúde:

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.16)

Compreendida por ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, a vigilância em saúde deve constituir-se em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, além de seu conceito, de acordo com o

MS inclui: “a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.16).

De acordo com o preconizado no SUS, a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas, as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. "A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.17)

A presente pesquisa pretende compreender o processo de efetivação da relação entre os níveis de atenção à saúde e a vigilância em saúde, considerando o território da cidade de São Paulo com suas particularidades manifestas pela questão urbana.

2.2 O Serviço Social no contexto de formação do SUS

O Serviço Social, na transição da década de 1970 para a de 1980, vivencia a construção do projeto ético-político profissional do Serviço Social de ruptura com o conservadorismo, norteado pelo questionamento da posição de neutralidade dos assistentes sociais frente à dinâmica das relações sociais e à manutenção do *status quo*; destacando-se a crítica e a recusa ao conservadorismo profissional, e uma aproximação aos conceitos da matriz teórica marxista. Essa nova perspectiva da profissão procura, conforme Silva (2007, p. 92) [...] “romper com a tradição cultural conservadora, na busca de uma aproximação orgânica do Serviço Social com o marxismo, para a construção de um Projeto Profissional com outro sentido político”.

O projeto ético-político, de acordo com Netto (1999) reconhece a liberdade como núcleo fundante e valor central da prática profissional, pois, a partir desse

conceito, o assistente social terá instrumentos que possibilitem a reflexão crítica sobre o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos sujeitos históricos. Além disso, o projeto profissional de ruptura está associado a um projeto societário, o qual almeja a emergência de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.

O compromisso integral com os usuários, com a qualidade dos serviços prestados à população, com a publicização dos recursos disponíveis e com a participação do usuário na formulação das políticas públicas compõe as ações desta nova direção política da profissão. Para a efetivação desses preceitos, é fundamental a valorização de princípios éticos baseados na equidade, na justiça social, na universalização do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, na consolidação da cidadania e na garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu de forma complementar ao trabalho do médico, de acordo com Matos (2013):

[...] o assistente social foi identificado, em conjunto com outras profissões, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. Contudo, estamos falando de uma época específica, década de quarenta, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautava em pressupostos positivistas. (MATOS, 2013, p. 57)

O trabalho do Serviço Social nos hospitais surge, de acordo com Matos (2013), a fim de construir um vínculo entre instituição e família do usuário, relacionado ao tratamento pós-alta. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), a profissão, ligada à saúde, chamada de Serviço Social médico, objetivava a orientação dos “clientes” nos serviços de saúde.

Evidencia-se a prática do Serviço Social médico em caráter suplementar ao trabalho dos médicos, na intermediação de ações entre cliente, instituição médica e empregadores. Em relato profissional, apresentado por Iamamoto e Carvalho (2011), sobre experiência em Serviço Social nos anos 1940, destaca-se a atuação profissional atrelada à educação sanitária, de acordo com relatório elaborado por assistente social cuja atuação contemplava o trabalho com crianças em creche ligada à indústria têxtil:

Atuação a partir da campanha de erradicação da malária: mobilização das crianças para: educação sanitária e da família através da criança e desenvolvimento do senso social da criança - manutenção da limpeza dos quintais e colaboração na vigilância dos campos e ruas da localidade para impedir a instalação de focos de mosquitos;-campanha para o plantio de hortas nos quintais.(IAMAMOTO E CARVALHO, 2011, p. 207)

O Serviço Social médico demonstrou distanciamento da temática desenvolvimentista que envolvia a profissão em outras áreas de atuação na década de 1960, portanto, não houve o “engajamento dos assistentes sociais nas propostas racionalizadoras para o setor, como a medicina preventiva e a saúde comunitária” (BRAVO, 2013, p.165).

Conforme enfatizado anteriormente, o movimento de reforma sanitária brasileira teve grande importância na democratização do acesso à saúde, porém, se deu de forma paralela ao movimento da profissão, na década de 1970, e segundo Matos:

É somente a partir dos anos setenta que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio da profissão. Aqui, se faz importante remetermos ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, especialmente, à importância da tendência “intenção de ruptura”. Este processo foi extremamente rico, mas se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira, que reunia profissionais da saúde e militantes com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista. [...] (MATOS, 2013, p.153)

A renovação da profissão, no Brasil, relacionada às questões colocadas pela realidade da época, não foi realizada em conexão direta aos outros debates que buscavam construções de práticas democráticas. Bravo (1996) considera que até os anos 1980, a profissão encontrou-se desarticulada da

discussão coletiva progressista na área da saúde, representada pelo movimento sanitário.

2.3 A contrarreforma do Estado: o público e o privado

Apesar de todas as conquistas, o SUS vem sofrendo, desde a década de 1990, uma série de ataques que atingem suas bases e princípios, tal como se propõe. Logo no momento de efetivação da Lei 8080/90, foi possível verificar uma tensão entre o governo do presidente Fernando Collor e os movimentos em prol da afirmação da saúde como um direito.

Essa situação permite identificar o que Bravo (2006) vislumbra como uma permanente tensão entre dois projetos antagônicos: projeto da reforma sanitária – construído na década de 1980 – e o projeto de saúde articulado ao mercado, também chamado de privatista. Essa tensão provocou retrocessos e impediu a efetivação plena do texto constitucional.

O perfil da organização dos serviços de saúde, no período logo após a Constituição Federal de 1988, com o Sistema Único de Saúde, mostra características como a centralização, com estados e municípios apenas implementando políticas e não participando de sua formulação; privatização acentuada, com 70% dos serviços prestados pelo Estado sendo produzidos pelo setor privado; distância das reais necessidades da população. A citação a seguir sintetiza a lógica que vem orientando a organização dos serviços de saúde no país:

Em suma, a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos de sua produção, quer em termos de acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e, portanto mediada por mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais, nela incluídas as da saúde (COHN; ELIAS, 2003, p. 93).

Embora esteja explícita no texto constitucional a possibilidade de atuação complementar da iniciativa privada na assistência à saúde, salta aos olhos o processo crescente de privatização dos serviços de saúde. O que se pode observar é que no decurso histórico, a depender das forças em presença,

diferentes instrumentos são utilizados para viabilizá-la. Vale considerar que nos anos imediatamente posteriores à aprovação da Carta Constitucional, assiste-se a um longo processo de sucateamento da rede de serviços, fruto do subfinanciamento da política, embora a situação não seja apresentada nesses termos quando se justifica a adoção dos diferentes instrumentos de privatização.

Pautados nas considerações de Bravo e Matos (2001), pode-se afirmar que houve um forte boicote à implantação do SUS no governo do presidente Fernando Collor, embora neste período, também tenha se conquistado a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8 080/90 e 8 142/90). No governo seguinte, do presidente Itamar Franco, o país passou por dois momentos diferenciados. O primeiro, com a presença de Jamil Haddad como ministro da saúde, que significou uma estagnação no processo de sucateamento da saúde. Já o segundo, sob a gestão de Henrique Santillo, se caracterizou como um período sem alterações significativas neste campo.

Na gestão presidencial de Fernando Henrique Cardoso, iniciada em 1995, houve a adoção mais explícita do projeto neoliberal. Para a saúde, coube uma proposta direcionada à assistência ambulatorial e hospitalar. Propunha-se uma descentralização mais ágil e decisiva, firmando-se claramente as atribuições de cada esfera administrativa; a montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por um subsistema de entrada e controle (postos de saúde e Programa Saúde da Família); e outro de referência ambulatorial e especializada (unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados – incluindo estatais, públicos não-estatais e privados); e, por fim, a constituição de um sistema de informação em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS (BRAVO; MATOS, 2001).

É neste governo que emerge, pela primeira vez, a proposta das OS⁵, inscrita no Plano Diretor da Reforma do Estado. Além disso, também é fruto deste processo a proposta das Organizações Sociais de interesse Público - OSCIP,

⁵ De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apresentado em 1995, "O Projeto das Organizações Sociais tem como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, nos quais não existe o exercício do poder de Estado, a partir do pressuposto que esses serviços serão mais eficientemente realizados se, mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não-estatal." (BRASIL, 1995, p. 62)

outro instrumento utilizado na privatização dos serviços sociais, tornando a política de saúde diretamente relacionada às políticas macroeconômicas da sociedade capitalista. Essas organizações podem “contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública” (REZENDE, 2008, p. 27).

Nos governos do presidente Lula, a partir de 2003, observou-se, num primeiro momento, o resgate da concepção do movimento sanitário, inclusive com a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para o segundo escalão do Ministério da Saúde, além da convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Porém, Bravo e Menezes (2011) destacam que houve ênfase na focalização, haja vista a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF) como um programa de cobertura para populações carentes, além da permanência da precarização, terceirização dos recursos humanos e desfinanciamento. (BRAVO; MENEZES, 2011).

Dessa forma, observa-se que a política de saúde continuou refém da política macroeconômica. Durante o segundo mandato do governo Lula, em 2007, surgiu a proposta da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) – Projeto de Lei Complementar nº 92/07 – que embora vise atingir todas as áreas não exclusivas do Estado, teve o debate mais avançado no âmbito da saúde. E ainda, no final de seu mandato, o presidente Lula lançou a Medida Provisória 520, autorizando o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH. Constituindo, assim, mais um instrumento de privatização da saúde:

[...] formulação que tem como princípios os mesmos já identificados nas Fundações Estatais de Direito Privado e nas Organizações Sociais, ou seja, transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, possibilidade de captar recursos com a venda de serviços e conseqüente mercantilização das políticas e direitos sociais, dentre outros (MARCH, 2012, p. 67).

A medida provisória teve o período máximo para tramitação e aprovação no Congresso excedido, mas, no mês subsequente, no primeiro governo da presidente Dilma Rousseff, ela encaminhou ao Congresso Nacional, sob regime de urgência, o projeto de lei que criava a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (MARCH, 2012). Com a aprovação da Lei nº 12 550/2011, no final de 2011, mesmo com o posicionamento contrário da 14ª Conferência Nacional de Saúde, permanece claro o interesse do governo em concretizar a privatização da saúde.

Com relação ao Serviço Social, desde os anos 1990, os dois projetos políticos na área da saúde, requisitam o Serviço Social de formas diferentes, o projeto privatista apresenta demandas como: "seleção socioeconômica dos usuários, atenção psicossocial através de aconselhamentos, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais." (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206)

O projeto da reforma sanitária, antagônico ao privatista, requisita ao profissional a democratização do acesso aos serviços de saúde, além do "atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã." (BRAVO, MATOS; 2006, p. 206)

É nessa teia de relações que se configura a saúde pública em âmbito nacional, nas duas primeiras décadas do século XXI, com a intensificação do projeto privatista em detrimento da consolidação do SUS. Partindo dessa análise da totalidade, entende-se a necessidade de compreensão dos rebatimentos na metrópole paulistana, objeto desse estudo.

2.4 O cenário do SUS na cidade de São Paulo

A realidade da saúde pública, na cidade de São Paulo, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, é configurada pela administração democrático-popular da prefeita Luiza Erundina, responsável pela gestão de 1989 a 1992 e, à época, vinculada ao Partido dos Trabalhadores (PT). No início dessa

gestão, o Sistema Único de Saúde encontrava-se apenas no plano legal, de acordo com Junqueira (2002), com os secretários estaduais de saúde temendo perder o poder e, por isso, frearam o processo de municipalização e, por conseguinte, a efetivação do SUS no município. Podem ser destacados três pontos principais com relação à situação da Secretaria Municipal de Saúde em São Paulo:

- 1- Grave deterioração da rede municipal do ponto de vista de quadro de pessoal, sustentação financeira e recursos materiais;
- 2- Inadequação das ações desenvolvidas à situação de saúde da população pela ausência de processo democrático de planejamento;
- 3- Centralização das decisões em órgãos de Gabinete e divisão da gestão em dois compartimentos bem distintos: o Departamento de Saúde da Comunidade- DCS - que coordenava os Postos de Atendimento Médico-PAMs - e a Superintendência Médico Hospitalar de Urgência - que coordenava os prontos socorros e hospitais [...]. (JUNQUEIRA, 2002, p.30)

A autora destaca que as relações de poder intrainstitucionais, nesse período, eram nitidamente marcadas pelo privilégio à Superintendência Médico Hospitalar de Urgência, com autonomia na gestão de pessoal e orçamentária.

Diante da situação apresentada à nova gestão municipal, algumas medidas foram tomadas para a viabilização da implantação do SUS, dentre elas a aquisição de material e serviços de emergência; a contratação imediata de recursos humanos, seguida de concursos públicos; a integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares em sistema municipal único, subdividido por regiões e distritos, considerando a necessidade de regionalização; a estruturação dos conselhos a fim de garantir a democratização da gestão, instituindo, ainda em 1989, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores locais.

O processo de descentralização foi materializado pela divisão do município em Distritos de Saúde, inicialmente composto por cinco distritos e, ao final da gestão, somavam trinta e dois, em sua maioria com unidade orçamentária, característica importante para a agilidade da administração dos serviços, materiais, equipamentos e movimentação de pessoal. Foram realizados mais de 50 concursos, e a competência dos distritos quanto ao manejo dos processos de seleção e contratação de pessoal era inquestionável (JUNQUEIRA, 2002, p. 33).

A descentralização, a partir da formação de distritos, sofreu resistências internas no governo quanto à sua pertinência, bem como de hospitais com relação à subordinação aos diretores distritais, tendo em vista o modelo hospitalocêntrico, as unidades hospitalares se recusavam a prestar contas aos respectivos distritos regionais.

A municipalização da saúde em São Paulo, de acordo com Junqueira (2002), encontrou resistência da Secretaria Estadual de Saúde. Mesmo com dificuldades, cerca de 50 UBS estaduais foram repassadas à SMS até o final da gestão, além "das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, até então executadas pelos serviços estaduais de saúde." (JUNQUEIRA, 2002, p. 34). A descentralização para o município das ações de vigilância pode ser considerada um marco importante para o acompanhamento epidemiológico, bem como o controle e planejamento de ações sanitárias locais, que desencadearam na estruturação da vigilância em saúde dos dias atuais.

A atenção à saúde teve significativa ampliação na perspectiva de totalidade com a incorporação de equipes multiprofissionais nas UBS, ambulatórios de especialidades e demais equipamentos, com expansão de recursos humanos mediante concurso público. O número de funcionários da SMS de São Paulo saltou de 24 mil, em 1988, para 42 mil, em 1992 (SINDSEP apud JUNQUEIRA).

A diversificação não se caracteriza apenas pela gama variada de profissionais, mas pelos diversos níveis de atenção (promoção, prevenção além da assistência aos doentes e aos que demandam reabilitação) e, principalmente, pelo esforço, por parte das equipes distritais, de articular ações intersetoriais que pudessem afetar a determinação do processo saúde-doença. (JUNQUEIRA, 2002, p. 36)

A autora destaca a ampliação dos níveis de atenção, bem como a possibilidade de ações intersetoriais. A perspectiva de territorialização, ainda não institucionalizada nesse período, ocorre de forma heterogênea com avanços em alguns distritos.

As ações de vigilância realizadas pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária suscitaram discussão que resultou na incorporação do termo Vigilância em Saúde, na perspectiva de integralidade, o envolvimento nas ações de promoção

da saúde e prevenção dos agravos, não dissociada da assistência e reabilitação, conforme preconizado no SUS. Portanto, a Vigilância em Saúde passa a abranger os diversos níveis de atenção, além da proposta de articulação de ações intersetoriais que pudessem afetar a determinação do processo saúde doença.

Os anos seguintes de gestão municipal, compreendidos entre 1993 e 2000, foram marcados por uma reorganização da atenção à saúde, que dividiu o município em módulos assistenciais, gerenciados por cooperativas privadas. Após três anos de desmonte da rede municipal de saúde, a proposta do então prefeito Paulo Maluf foi aprovada em Lei Municipal nº11.866, de 13 de setembro de 1995, e implantada em janeiro do ano seguinte.

O Plano de Atendimento à Saúde - PAS limitava-se ao atendimento de casos mais comuns, com triagem realizada nos serviços e encaminhamentos aos hospitais estaduais filantrópicos.

O modelo assistencial adotado era totalmente centrado na equipe formada pela tríade médico - enfermeiro - auxiliar de enfermagem, já que a composição de uma equipe multiprofissional completa encareceria os custos, diminuindo a remuneração percebida pelos profissionais. A ênfase foi colocada sobre a assistência individual, de atendimento da queixa. [...] configurando o que foi denominado pelo ex-prefeito Maluf como um verdadeiro "plano de saúde dos pobres". (JUNQUEIRA, 2002, p. 36)

O PAS, além de elevar os gastos públicos municipais na área da saúde, pode ser considerado um Plano ligado ao projeto privatista, atuando como um boicote ao SUS que, em âmbito nacional, vinha sendo implantado e que, em São Paulo, pode ser efetivado somente na década seguinte.

Outro fator importante desse modelo de gestão diz respeito aos recursos humanos. Os funcionários municipais que atuavam na área da saúde até então, tiveram que optar em atuar nas cooperativas, com garantia de licença sem vencimentos no cargo público, ou migrar para outra secretaria. De acordo com Junqueira (2002, p. 41), cerca de 28 mil servidores se negaram a aderir a esse segmento e, portanto, foi contratado um grande número de profissionais para atuar no novo Plano, com conseqüente aumento dos gastos públicos. Os servidores que não aderiram ao PAS permaneceram na prefeitura, porém

alocados em outras secretarias, e os cargos na saúde foram ocupados por profissionais contratados.

O PAS obteve certa aceitação da população pauperizada, considerando a situação precária vivenciada nos anos que antecederam o Plano, entre 1993 e 1995. Contudo, em pouco tempo, as denúncias de corrupção e as falhas do Plano ganharam repercussão na mídia nacional. Conforme Junqueira (2002, p. 43):

O que se seguiu no PAS, depois de um período de apoio por parte dos meios de comunicação, foi matéria para denúncias. A forma de remuneração, a ausência de controle do gasto, o total desprezo do governo municipal à fiscalização das atividades das cooperativas pelo Conselho Municipal de Saúde tiveram como consequência um quadro de corrupção sem precedentes. [...]

Além das denúncias de corrupção, destaca-se a elevação dos gastos públicos em detrimento da redução da administração direta, com incorporação da lógica de empresa privada nas relações trabalhistas e a redução do atendimento direto do município, intermediado também pelas empresas.

Nos três primeiros anos do governo Maluf, o gasto com o sistema municipal de saúde foi R\$ 698.855.000 milhões em 1993, R\$ 623.807.000 em 1994 e R\$ 732.703.000 em 1995. Já no ano de 1996, com a implantação do PAS, esta cifra foi elevada para R\$ 1 bilhão e, finalmente, em 1997, voltou a cair para R\$ 800 milhões. Trata-se, portanto, de um dos muitos casos de sucatear para privatizar, embora o plano não seja uma privatização *stricto sensu*. (PINHEIRO, 2000, p. 2)

Durante a vigência do PAS, as ações de prevenção e promoção à saúde foram praticamente desprezadas, com conseqüente desatenção à saúde mental, tuberculose, problemas de saúde crônicos, dentre outros. O investimento na atenção básica veio do governo estadual:

Vale notar que, em 1995, Adib Jatene, então ministro da Saúde, Jose da Silva Guedes, da Secretaria Estadual da Saude¹¹, e Davi Capistrano, médico que havia sido prefeito de Santos, se reuniram para apoiar a implementação de um programa piloto de saúde da família nas periferias da cidade de São Paulo. O programa recebeu o nome de Qualis e foi implementado com a participação de organizações não governamentais. Nesse programa, equipes

formadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde se responsabilizam por cuidar de até mil famílias. (COELHO, 2014, p.144)

Ao final de 1999, o Qualis, gerenciado pelo governo estadual, possuía aproximadamente 140 equipes de saúde da família, que chegaram a atender cerca de 400 mil paulistanos residentes em distritos periféricos, quantidade incipiente, considerando a população da metrópole.

O PAS pode ser considerado como um retrocesso na implantação do Sistema Único de Saúde em São Paulo, considerando que os princípios e as diretrizes preconizadas no SUS são ignorados durante a vigência do Plano. É importante destacar que no período de vigência do PAS os estabelecimentos de saúde de São Paulo não faziam parte, tecnicamente, do SUS, situação que somente se reverteu em 2001, já na gestão de Marta Suplicy (2001-2005), quando se tornou prioridade da secretaria a integração do município ao sistema nacional.

A gestão seguinte, sob o comando da prefeita Marta Suplicy, abriu a possibilidade de recomeçar a implantação do SUS, em 2001, com proposta de reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde. Com o objetivo de reformulação do modelo de atenção à saúde e rearticulação da participação social, de acordo com Silva (2004, p. 21):

Essa tarefa foi iniciada pelo deputado federal Eduardo Jorge, que assumiu o comando da Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, e esteve à sua frente até fevereiro de 2003. De início, foram estabelecidas cinco grandes frentes de atuação: a reconstrução da SMS; a distritalização; a municipalização; a modernização gerencial; e a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica.

As frentes de atuação, conforme citado pela autora, baseiam-se nos princípios e diretrizes do SUS. A distritalização, iniciada na gestão 1989-1992 da prefeita Luiza Erundina, foi retomada por meio da divisão em Distritos de Saúde - DS. Em 2001, foram criados 41 DS's, posteriormente, 39, conforme a configuração das subprefeituras (SILVA, 2004, p. 22).

De acordo com Silva (2004), os DS's eram unidades autônomas com ações de planejamento, avaliação e controle da política de saúde no território. Constituiu-se no local de articulação com as demais políticas públicas municipais e de integração estrutural nas esferas administrativas das subprefeituras que viriam a ser criadas (SILVA, 2004 apud CAPUCCI, 2003). Os Distritos de Saúde foram incorporados, em 2002, pelas Coordenadorias de Saúde, que passaram a responder no nível local, pela Política Municipal de Saúde.

A municipalização, outro ponto importante para a efetivação do SUS em São Paulo, teve como ponto de partida a rearticulação com as redes estadual e federal. Aos poucos, as UBS que estavam sob a administração estadual, chamadas de PSF/Qualis, ou no módulo PAS, passaram para a administração direta e, logo em 2001, o município passa a Gestão Plena da atenção básica e, portanto, contando com recurso financeiro relacionado ao Piso da Atenção Básica (PAB) direcionado a esse módulo de gestão, de acordo com o SUS.

Nesse processo, cerca de 6 mil servidores estaduais foram municipalizados e os servidores que estavam atuando pelas cooperativas do PAS retornaram à administração direta, proporcionando aumento significativo dos recursos humanos da SMS. Em junho de 2003, o município foi habilitado na Gestão Plena, e com essa atribuição passa a coordenar o Sistema Municipal de Saúde, integrado e articulado com a rede estadual. Com o novo modelo de gestão, o município passa a receber recursos diretamente do Ministério da Saúde.

De acordo com o relatório de gestão 2002-SMS (SILVA, 2004, p. 36), foram elencadas dez prioridades do governo municipal para a melhoria das condições de saúde da população. Dentre as prioridades, destaca-se apenas uma relacionada diretamente à Vigilância em Saúde: "Controlar o *Aedes aegypti* e eliminar a circulação do vírus da dengue: Projeto Combate à Dengue." (SILVA, 2004, p. 43) As demais prioridades destacaram a necessidade de ações relacionadas à atenção básica, aos serviços de urgência e emergência, além de consolidação da participação social, por meio do fortalecimento dos conselhos gestores de saúde, municipais, presentes nos diversos níveis de atenção.

Percebe-se que a administração municipal, nessa gestão, prioriza o reordenamento do SUS, sobretudo com relação à efetivação das ações na

atenção básica, com implantação efetiva do PSF, viabilizada através de parceria com as instituições filantrópicas. As ações de Vigilância em Saúde permanecem realizadas parcialmente pelo município, com a maioria das atividades efetuadas no âmbito estadual.

Na gestão Serra-Kassab, iniciada em 2005, uma das primeiras medidas adotadas foi a redução das Coordenadorias de Saúde, antes ligadas a cada subprefeitura e, na nova gestão, reduzida a cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: Centro-Oeste, Norte, Leste, Sul e Sudeste, as quais permaneceram na gestão do prefeito Gilberto Kassab, subordinadas à SMS, com o objetivo de promover maior integração entre a rede básica e a hospitalar (KAYANO, 2007, p.13).

O primeiro secretário de saúde, nomeado por José Serra, para o cargo, foi Cláudio Luiz Lottemberg, na época, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Lottemberg demonstrou interesse em fortalecer as parcerias com as instituições filantrópicas e Organizações Sociais, além da proposta de contratação, conforme salientado por Kayano (2007, p. 16), de 1100 médicos para as UBSs. A conduta adotada pelo secretário evidencia a disputa de projetos na saúde que envolve, de um lado, parcerias público-privada e, de outro, projeto de saúde pública, preconizado pelo SUS, com gestão do Estado.

Após cinco meses à frente da Secretaria Municipal de Saúde, Lottemberg foi substituído pela Dra. Maria Cristina Cury. A gestão da nova secretária inicia com o andamento do projeto para a implantação de trinta unidades de Atendimento Médico Ambulatorial - AMA, com funcionamento de 12 horas diárias, de segunda a sábado, com o objetivo de amenizar a demanda dos hospitais e prontos-socorros, com ênfase na necessidade apresentada quanto à atenção secundária, caracterizada pelas especialidades.

A secretária vivenciou alguns conflitos com o Conselho Municipal de Saúde, que "repercute os conflitos e as disputas no desenvolvimento da política de saúde no município" (KAYANO, 2007, p. 21). Cury deixou de participar das reuniões do Conselho e foi duramente criticada por não assumir seu compromisso junto ao Conselho, como por exemplo, não apresentar a posição da secretaria sobre a Lei referente às OS, aprovada em janeiro de 2006. Kayano (2007) afirma

que a referida Lei Municipal autoriza o Executivo municipal a qualificar entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, limitadas à área da saúde. Os contratos de gestão com as OS começaram a vigorar em 2007, no entanto, quando a lei de OS foi aprovada, a enorme rede de equipes de saúde de família, lotadas nas UBS e as AMAs, então em funcionamento, já eram objeto de parcerias com entidades privadas, estabelecidas até então, por convênios.

Concretamente, entretanto, a não qualificação como O.S. acaba sendo uma questão meramente formal, uma vez que não há qualquer diferença entre o conteúdo estabelecido pelo contrato de gestão e por estes convênios, e tampouco é diferente o controle e o monitoramento exercido pela SES/SP sobre as entidades gerenciadoras. (PAHIM, 2009, p. 71)

A lei que aprova o contrato com as OS formaliza a relação já existente de convênios entre a prefeitura e as instituições sem fins lucrativos.

Após pouco mais de um ano, José Serra deixa a prefeitura de São Paulo para se candidatar ao governo do estado, assumindo o cargo Gilberto Kassab. Logo em 2007, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde que abrange três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. No referido Pacto, os estados e municípios têm a responsabilidade de definir as metas a serem buscadas, de acordo com a sua realidade.

A gestão Kassab se estendeu até 2008, no primeiro mandato, e posteriormente, em seu segundo mandato, de 2009 a 2012. Nesse período, a rede de atendimento à saúde foi ampliada:

[...] através de duas estratégias: contratação direta de profissionais e, no caso do PSF, contratação indireta, através do estabelecimento de convênios e contratos de gestão com organizações privadas não lucrativas (Organizações Sociais de Saúde - OSSs). (COELHO; SZABZON; DIAS, 2014, p.147)

O investimento municipal na ampliação dos contratos de gestão, segundo Coelho, Szabzon e Dias (2014), imprimiu mudanças consideráveis no perfil do sistema público municipal:

Essas mudanças de rota fizeram com que, entre 2005 e 2008, alterações importantes tivessem lugar no perfil do sistema público de saúde municipal. A cidade assistiu a partir de 2008 a uma forte expansão das AMAs e ao crescimento das consultas de urgência e emergência em todas as regiões. Dois hospitais municipais foram inaugurados na periferia, passando a ser geridos por OSSs. (COELHO; SZABZON; DIAS, 2014, p.147)

Destaca-se, nesse contexto, a hegemonia do modelo privatista na saúde municipal, retornando a um modelo hospitalocêntrico, com investimento em serviços curativos em detrimento da valorização da atenção básica proposta pelo SUS.

Em 2008, no início do segundo mandato, Kassab mantém o secretário Januário Montone, que, por sua vez, permanece na ampliação das parcerias público-privadas. Coelho, Szabzon e Dias (2014) evidenciam que as OS passaram a ser contratadas para fazer o gerenciamento tanto de equipamentos de saúde, como de microrregiões de saúde, enfatizando o modelo privatista e fragmentado da política no âmbito municipal. Já nas Parcerias Público Privadas, os concessionários privados deveriam investir na construção de infraestrutura de saúde, em troca de concessão para exploração de determinados serviços, como, por exemplo, limpeza, por tempo determinado.

Quanto à perspectiva de participação e controle social, esse período também foi marcado por conflitos entre gestão e Conselho Municipal de Saúde.

A política de investimento em OSSs e PPPs contribuiu para azedar as relações entre o Conselho Municipal de Saúde e o secretário municipal, que chegou, em um determinado momento, a colocar a polícia na porta das reuniões dos conselhos, além de relegar a segundo plano o investimento feito no mandato de Jorge na criação dos conselhos das subprefeituras e de unidades. (COELHO; SZABZON; DIAS, 2014, p.148)

Percebe-se a dificuldade da efetivação do controle social na gestão Kassab, materializada pela falta de investimento nas condições necessárias ao funcionamento dos Conselhos Gestores locais e pela não aceitação da proposta de gestão democrática, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde.

Pode-se constatar que desde a gestão de Marta Suplicy houve um forte investimento na expansão dos equipamentos de saúde no município, sobretudo no que se refere à atenção básica. De acordo com Coelho, Szabzon e Dias (2014), na gestão Marta houve forte expansão das UBS, e na gestão Serra/Kassab cresceram as AMAs, as quais ofertam, principalmente, consultas de urgência e emergência e exames e tratamentos de baixa complexidade. Os autores afirmam ainda que quanto ao Programa Saúde da Família, durante a gestão de Marta Suplicy, em 2001, havia 185 equipes operando nesse segmento e, no final do período, esse número estava próximo a 600. As gestões seguintes seguiram expandindo o programa, embora em um ritmo menos intenso. A gestão Serra/Kassab encerra-se com 840 equipes operando ao longo de 2008, e a gestão Kassab, com 1098 equipes operando ao longo de 2012.

Na última eleição, em São Paulo, foi eleito o candidato do Partido dos Trabalhadores, Fernando Haddad, para a gestão 2013-2016. De acordo com o plano de metas para o período, divulgado pelo atual governo, um dos objetivos é "ampliar o acesso, aperfeiçoar a qualidade, reduzir as desigualdades regionais e o tempo de espera e fortalecer a atenção integral das ações e serviços de saúde" (PMSP/SMG/SP, 2013, p. 28).

Nos dois primeiros anos de gestão, destaca-se a articulação a fim de desmembrar a Coordenadoria Centro-oeste em duas, ficando a região Centro compondo a sexta Coordenadoria Regional de Saúde, dada a especificidade da região, a qual tem sido destacada nesta pesquisa. A região Centro, devido à sua configuração territorial, com características distintas das demais regiões, pressupõe planejamento e ações em saúde específicas.

2.5 Caminhos históricos da Saúde Ambiental – o contexto internacional

O modelo de desenvolvimento do Brasil vem acarretando a degradação do ambiente e, para tanto, tem levado à necessidade de superação da atuação da Vigilância em Saúde baseada apenas em agravos, incorporando a temática ambiental nas práticas da Saúde Pública, de modo a prevenir os riscos à saúde, decorrentes da exposição a ambientes contaminados.

Nessa perspectiva, de acordo com Rohlfs, Grigoletto, Netto e Rangel:

O conceito de saúde passou a englobar o estilo de vida das pessoas, significando não apenas a ausência de doença, e intensificou-se a realização de movimentos internacionais e nacionais que trouxeram à tona a importante relação entre saúde e ambiente. (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 391)

Portanto, faz-se necessário compreender o processo sócio-histórico relacionado à estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro, considerando os movimentos internacionais e nacionais que fortaleceram a Vigilância em Saúde Ambiental, nos últimos anos.

As discussões sobre saúde ambiental, no Brasil, têm como referência documentos internacionais que tratam da relação entre saúde e meio ambiente e, portanto, precisam ser apreendidas no percurso historicamente delineado de fortalecimento da temática no contexto brasileiro.

A realização da Conferência de Estocolmo, na Suécia, em 1972, pode ser considerada evento pioneiro por trazer destaque às questões ambientais no cenário internacional. O evento, promovido pela Organização das Nações Unidas - ONU, foi objeto de discussões inovadoras que resultaram em recomendações aos povos quanto à melhoria na relação entre o homem e o ambiente.

Nesse evento, pela primeira vez, questões políticas, sociais e econômicas, geradoras de impactos ambientais, foram discutidas em um fórum intergovernamental, com a perspectiva de suscitar medidas corretivas e de controle. Essa conferência deu origem à Declaração de Estocolmo sobre Meio Ambiente Humano, uma declaração de princípios comuns com objetivo de oferecer aos povos de todas as nações inspiração para a melhoria da qualidade do meio ambiente humano. (PELICIONI apud ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 397)

A Declaração de Estocolmo sobre Meio Ambiente, construída a partir das discussões travadas na Conferência, é constituída por princípios comuns entre os povos do mundo, como inspiração e guia para preservar e melhorar o meio

ambiente humano. Um dos princípios apresentados na Declaração expressa a convicção comum de que:

O homem tem o direito fundamental à liberdade, à igualdade e ao desfrute de condições de vida adequadas em um meio ambiente de qualidade tal que lhe permita levar uma vida digna e gozar de bem-estar, tendo a solene obrigação de proteger e melhorar o meio ambiente para as gerações presentes e futuras. A este respeito, as políticas que promovem ou perpetuam o apartheid, a segregação racial, a discriminação, a opressão colonial e outras formas de opressão e de dominação estrangeira são condenadas e devem ser eliminadas⁶.

Portanto, o documento evidencia que a proteção e o melhoramento do meio ambiente é uma questão fundamental que afeta o bem-estar dos povos e o desenvolvimento global.

A efetivação do meio ambiente, enquanto parte integrante do processo saúde-doença, segundo os autores Rohlfs, Grigoletto, Netto e Rangel (2011, p.392), foi materializada, em 1972, no Relatório de Lalonde, publicado pelo Ministério de Bem-Estar e Saúde do Canadá, que aponta o ambiente como uma dimensão explicativa do fenômeno saúde/doença.

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, na Rússia, deu origem à Declaração de Alma-Ata que evidenciou o novo pensamento de caracterização do processo saúde-doença, incorporando as dimensões sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas como indispensáveis às ações e aos serviços de saúde, contribuindo para o fortalecimento e renovação da Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2007, p.14), destacando como crítica a situação de saúde mundial, principalmente nos países em desenvolvimento.

As discussões acerca da Saúde Pública Internacional, considerando o conceito amplo de saúde, permaneceram nos anos seguintes. Outro importante evento em destaque, nesse processo, é a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada, em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá. A Conferência foi organizada pelo Ministério da Saúde do Canadá, a OMS e a

⁶ Declaração Estocolmo, 1972 apud USP arquivo digital/meio ambiente/acervo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Meio-Ambiente/declaracao-de-estocolmo-sobre-o-ambiente-humano.html>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

Associação de Saúde Pública do Canadá (CPHA) é considerada um marco para as políticas de saúde, com expressiva contribuição à saúde pública mundial.

A Carta de Ottawa definiu a promoção à saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. Aponta para os múltiplos determinantes da saúde e para a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares. (PELICIONI apud ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 393)

A Carta traz importante contribuição quando aponta a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares, quesito fundamental para a efetivação da política de saúde comprometida com a integralidade e universalidade, princípios que nesse momento histórico aparecem preliminarmente, e servirão de subsídios para a formulação das políticas de saúde nos anos seguintes, inclusive a brasileira.

De acordo com texto formulado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2002, intitulado "As Cartas da Promoção da Saúde", a Carta de Ottawa aponta, ainda, que o conceito de saúde, como bem-estar físico, transcende a ideia de formas sadias de vida na direção de um bem-estar global e que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde, estabeleceu cinco planos, a saber: construção de políticas públicas saudáveis; criação de meio ambiente favorável; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. (BRASIL, 2002, p. 21).

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento - Rio 92, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, proporcionou intenso respaldo nacional e internacional na relação entre ambiente e impacto à saúde. O evento estabeleceu compromisso na adoção de um conjunto de políticas de meio ambiente e de saúde, no contexto do desenvolvimento sustentável, por meio de documento intitulado Agenda 21, conforme analisado por Rohlfs, Grigoletto, Netto e Rangel:

Nesse evento foi elaborada a Agenda 21, considerada instrumento orientador que trata do tema “Proteção e Promoção das Condições da Saúde Humana”, abordando os vínculos existentes entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento. O documento também propõe ações para o setor saúde, em conjunto com outras medidas destinadas a promover o desenvolvimento sustentável sob a ótica do desenvolvimento social e econômico estável, com a finalidade de garantir qualidade de vida e preservação dos ecossistemas às gerações presentes e futuras. (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL 2011, p. 394)

A Agenda 21 Global é composta por 40 capítulos que propõem desde estratégias acerca do combate à pobreza até a conservação da diversidade biológica, tendo como pressuposto a sustentabilidade. Essa problemática é explicitada logo no início do documento, capítulo 1º:

1.1. A humanidade se encontra em um momento de definição histórica. Defrontamos-nos com a perpetuação das disparidades existentes entre as nações e no interior delas, o agravamento da pobreza, da fome, das doenças e do analfabetismo, e com a deterioração contínua dos ecossistemas de que depende nosso bem-estar. Não obstante, caso se integrem as preocupações relativas a meio ambiente e desenvolvimento e a elas se dedique mais atenção, será possível satisfazer às necessidades básicas, elevar o nível da vida de todos, obter ecossistemas melhor protegidos e gerenciados e construir um futuro mais próspero e seguro. São metas que nação alguma pode atingir sozinha; juntos, porém, podemos -- em uma associação mundial em prol do desenvolvimento sustentável⁷.

A Conferência Rio-92 promoveu o encadeamento do debate sobre saúde e meio ambiente, iniciado na década de 1970, e teve expressiva colaboração na sensibilização de diversos países quanto ao desenvolvimento de estratégias que contribuam para a elaboração de políticas públicas.

Nesse sentido, a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável – COPASAD, de 1995, realizada em Washington/USA, apresentou à realidade dos países pan-americanos o conceito de desenvolvimento sustentável.

⁷Ministério Meio Ambiente, Agenda 21. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 20 set. 2015.

O Brasil teve considerável envolvimento político na COPASAD, por intermédio do Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável – Diretrizes para Implementação⁸, elaborado como contribuição brasileira à Conferência, que apresenta um diagnóstico dos principais problemas de saúde e ambiente do país. Conforme Rohlf, Grigoletto, Netto e Rangel (2011), o documento resultou na apresentação de diretrizes, visando tornar-se referência para as futuras ações de planejamento em saúde e meio ambiente, introduzindo o conceito de desenvolvimento sustentável na saúde pública do país. Neste cenário, e na perspectiva de colaborar na proteção à saúde dos impactos ambientais, no fim da década 1990 começou a se estruturar a vigilância em saúde ambiental no Brasil.

2.6 Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil

No Brasil, como já citado no início do presente capítulo, a década de 1980 caracterizou-se pelas mudanças no sistema de saúde, provenientes do projeto de Reforma Sanitária, destacando-se, no período, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), momento em que o conceito ampliado de saúde, apontado no cenário mundial, é apresentado no país e, posteriormente, incorporado pelo Sistema Único de Saúde.

O movimento pela Reforma Sanitária brasileira veio ao encontro da necessidade de políticas públicas que pudessem combater os danos causados pela adoção de um modelo de desenvolvimento econômico não sustentável, que se traduz no principal responsável pelos impactos ambientais que geram consequências à saúde das populações. (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 393)

Conforme os autores (2011), esse modelo de desenvolvimento provoca danos ambientais e sociais, por evidenciar apenas o crescimento econômico

⁸ De acordo com o 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 das Minas e Energia; Ministério da Educação e do Desporto e Ministério do Trabalho. (BRASIL, 1995, p. 4).

como sinônimo de progresso, com impactos degradantes nos países da periferia do sistema capitalista, não levando em consideração outras necessidades da vida humana e de outras espécies do planeta. Tal modelo apresenta como consequências "a contaminação e a poluição ambiental, com crescente impacto nos ecossistemas e na exposição humana a substâncias químicas, além de aumento dos desastres e ameaças decorrentes dos fenômenos ambientais de escala global." (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 393). A Constituição Federal de 1988 trouxe o respaldo legal para a efetivação do Sistema Único de Saúde, que reconheceu a saúde como um direito assegurado pelo Estado. A Lei Orgânica do SUS, aprovada em 1990, trouxe a definição de meio ambiente como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, sobretudo no artigo 3º:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Além disso, de acordo com o aparato legal, a saúde pública tem a obrigatoriedade de promover ações que visem garantir condições de bem-estar físico, mental e social aos cidadãos.

A Vigilância em Saúde Ambiental, no Brasil, começa a se constituir como área de intervenção pública da política de saúde em fins da década de 1990, como parte da conjuntura de discussão e implementação de ações voltadas à proteção da saúde e dos impactos ambientais.

Para fins desta pesquisa, é mister a análise documental concernente ao arcabouço legal que vem estruturando a Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil, na perspectiva de viabilização da saúde ambiental no SUS.

A implantação da Vigilância em Saúde Ambiental se iniciou com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa)⁹. O Decreto nº 3.450/2000 estabelece as

⁹ De acordo com o Decreto 3540/2000: Art. 1º A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, [...] Art. 2º À FUNASA, entidade de promoção e proteção à saúde, compete: I - prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde; II -

atribuições e competências da FUNASA, em sua subdivisão de estrutura organizacional, dentre os órgãos específicos singulares há o Centro Nacional de Epidemiologia, com atribuição especificada, conforme segue:

Art. 12. Ao Centro Nacional de Epidemiologia compete planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a:
I - proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública referentes às áreas de epidemiologia e vigilância ambiental;
II - gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; (BRASIL, 2000. DECRETO 3450-ANEXO 1)

Constata-se que o referido decreto estabeleceu, dentre suas competências, a gestão do sistema nacional de vigilância ambiental. De acordo com Rohlf, Grigoletto, Netto e Rangel (2011), as atividades da Vigilância em Saúde Ambiental, inicialmente, eram voltadas à capacitação de pessoal, "no financiamento da construção e reforma dos Centros de Controle de Zoonose e na estruturação do Sistema de Informação da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)." (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011 p. 394).

No ano seguinte, em 2001, por meio da Instrução Normativa Funasa nº 01/2001, foram estabelecidas as competências da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) em cada esfera de governo, na gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que estabelece no artigo 1º sua definição:

Art. 1º O Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde - SINVAS compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas relativos à vigilância ambiental em saúde, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial:
I-vetores; II-reservatórios e hospedeiros; III-animais peçonhentos; IV-água para consumo humano; V-ar; VI-solo; VII-contaminantes ambientais; VIII-desastres naturais; e IX-acidentes com produtos perigosos. (BRASIL, Funasa, 2001)

assegurar a saúde dos povos indígenas; III - promover a prática de hábitos saudáveis que contribuam para a prevenção de doenças e outros agravos à saúde; e IV - fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.

Na perspectiva do SUS, a descentralização das ações é enfatizada na Instrução Normativa que define as responsabilidades nos âmbitos: federal, estadual e municipal quanto à efetivação do SINVAS.

Dois anos após a Instrução Normativa 01/2001 da FUNASA, com a publicação do Decreto nº 4.726, houve a reestruturação regimental do Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde:

[...] que passou a ter como uma de suas competências a gestão do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), compartilhada com os Estados, Municípios e o Distrito Federal em articulação com fóruns intra e intersetoriais e o controle social. Assim, a área de Saúde Ambiental foi incorporada ao Ministério da Saúde, para atuar de forma integrada com as vigilâncias sanitária e epidemiológica, no âmbito da SVS. (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 394)

Com a reestruturação no Ministério da Saúde, ficou a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão das ações referentes às três vigilâncias: sanitária, epidemiológica e ambiental. Conforme artigo do decreto:

Art. 29. À Secretaria de Vigilância em Saúde compete:

I coordenar a gestão:

- a) do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;
- b) do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo ambiente de trabalho;
- c) do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- d) dos Sistemas de Informação Epidemiológica; e
- e) do Programa Nacional de Imunizações;

[...] VIII fomentar e implementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; (BRASIL, MS, decreto 4726, 2003)

Desse modo, a Vigilância em Saúde Ambiental deixa de ser gerida pela FUNASA e passa, a partir de 2003, a compor a Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. Definição importante a fim

de delinear as ações de saúde ambiental atreladas às demais vigilâncias, de forma articulada.

A fim de atualizar as competências da Vigilância em Saúde Ambiental, em cada esfera federativa, a Secretaria de Vigilância em Saúde elaborou a Instrução Normativa nº 01/2005, na qual foram estabelecidas as áreas de atuação do SINVSA, a saber:

Art. 1º O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental SINVSA compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial:

- I. água para consumo humano;
- II. ar;
- III. solo;
- IV. contaminantes ambientais e substâncias químicas;
- V. desastres naturais;
- VI. acidentes com produtos perigosos;
- VII. fatores físicos; e
- VIII. ambiente de trabalho.(BRASIL, MS/SVS, IN 01/2005)

De acordo com Rohlf, Grigoletto, Netto e Rangel (2011), com as alterações implementadas pelo Ministério da Saúde, no tocante à organização da Vigilância em Saúde, percebem-se avanços técnicos e operacionais com resultados positivos na implementação da Vigilância em Saúde Ambiental dentro da estrutura do SUS. No entanto, o processo de incorporação da Vigilância em Saúde Ambiental enfrenta dificuldades, pois, segundo Barcelos e Quitério (2006):

A incorporação da vigilância ambiental no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil. Entre as dificuldades encontradas para sua efetivação estão a necessidade de reestruturação das ações de vigilância nas secretarias estaduais e municipais de saúde e de formação de equipes multidisciplinares, com capacidade de diálogo com outros setores. (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006, p. 175)

De acordo com Barcelos e Quitério (2006), mesmo com a descentralização político-administrativa atrelada às normativas federais, o sistema vem adquirindo diferentes configurações institucionais em cada um dos níveis de governo, com necessidade de reestruturar as ações, com equipes multidisciplinares aptas para atender às especificidades dessa área de atuação.

Nas secretarias estaduais e municipais de saúde, a vigilância ambiental em saúde tem sido organizada, ora dentro dos departamentos de epidemiologia, ora em departamentos de vigilância sanitária, ora como departamentos autônomos. (BARCELOS e QUITÉRIO, 2006, p. 175)

Identifica-se, a partir das normativas, a importância de compreender as ações de vigilância em saúde ambiental na perspectiva da integralidade, seja entre os entes federativos, no próprio Sistema Único de Saúde, ou com as demais políticas públicas. A ausência de definição quanto à organização administrativa da Vigilância em Saúde Ambiental, bem como questões relacionadas ao quadro de recursos humanos, necessários para as ações, de acordo com o território, dificultam sua implementação, questão que será retomada adiante para o caso da cidade de São Paulo.

Com o objetivo de maior integração das ações de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador nos territórios, a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental - CGVAM, desde o Decreto nº 6.860/2009, começa a fazer parte do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST). Em 2013, o poder executivo atualizou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 8065, em vigência, e manteve a estrutura concernente à CGVAM.

Art. 45. Ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador compete:

I gerir o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;

II coordenar a implementação da política e o acompanhamento das ações de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

III propor e desenvolver metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco em vigilância ambiental;

IV planejar, coordenar e avaliar o processo de acompanhamento e supervisão das ações de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

V gerenciar o Sistema de Informação da Vigilância Ambiental em Saúde. (BRASIL, DECRETO 8065, 2013)

Destarte, a Vigilância em Saúde Ambiental encontra-se no contexto federal, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde, sob a competência do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Outro aspecto a ser destacado caracteriza-se pela integração das vigilâncias, que ganhou respaldo com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 3252, de 22 de dezembro de 2009. De acordo com Rohlf's, Grigoletto, Netto e Rangel (2011), a normativa:

veio ratificar a necessidade de atuação conjunta das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, da situação de saúde, da saúde ambiental, da saúde do trabalhador, e da promoção da saúde, com o objetivo de controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL 2011, p. 394)

A Portaria traz o conceito de Vigilância em Saúde na perspectiva da integralidade na atenção à saúde, com análise permanente da situação de saúde da população, conforme disposto em seu segundo artigo:

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

III - vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

IV - vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

V - vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e

VI - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde; compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, portaria 3252 de 2009)

De acordo com a Portaria, a Vigilância em Saúde Ambiental passa a fazer parte do escopo da Vigilância em Saúde, e tem como finalidade identificar as medidas de prevenção aos riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde, provenientes das mudanças no meio ambiente.

Em julho de 2013, a normativa foi revogada pela Portaria 1.378, que mantém o conceito abrangente de Vigilância em Saúde, apresentado anteriormente. Conforme o documento, as ações de Vigilância em Saúde devem ser coordenadas com as demais ações e serviços ofertados no Sistema Único de Saúde para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. O texto em vigor apresenta a seguinte definição para a abrangência da Vigilância em Saúde:

Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

III a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

IV a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

V a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

VI a vigilância da saúde do trabalhador;

VII vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

VIII outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados, nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade. (BRASIL, PORTARIA 1378/2013)

Destacam-se, no documento, as competências em cada esfera de governo, dentre elas as do município.

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

[...]

VIII desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

IX monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;

X realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;

XI promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;

XII promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância; (BRASIL, PORTARIA 1378/2013)

A Portaria vigente apresenta importante aspecto da descentralização político-administrativa, definindo como competência dos municípios ações de educação, comunicação e mobilização social, além do incentivo à participação social na Vigilância, o que pode ser considerado como avanço para a proposição de ações nesse espaço de atuação. Segundo Rohlf, Grigoletto, Netto e Rangel (2011), a estrutura regimental, apresentada pelo Ministério da Saúde, desde a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, vem contribuindo nas ações da Vigilância em Saúde.

Evidencia-se, nesse aspecto, o entendimento das especificidades do território, a análise das relações sociais locais para a intervenção comprometida com a saúde da população.

Desde a criação da SVS em 2003, no contexto do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, a integração das vigilâncias foi se fortalecendo nas três esferas de governo, impulsionada pela relevância das doenças e agravos não transmissíveis, pela necessidade do fomento às ações de promoção da saúde, pela redução da morbimortalidade da população em geral e dos trabalhadores em particular, pela preocupação com os riscos sanitários, caracterizados como os eventos que podem afetar adversamente a saúde de populações humanas, e pela urgência em organizar respostas rápidas em emergências de saúde pública [...] (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 394)

Desse modo, a gestão nacional da Vigilância em Saúde Ambiental, executada pela CGVAM, que compõe o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), conforme especificado anteriormente, tem como competências a gestão do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental; a coordenação e implementação da política e o acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental; análise e comunicação de risco em vigilância ambiental, dentre outras ações.

Os principais objetivos da Vigilância em Saúde Ambiental são disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relacionadas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de agravos relativos a fatores ambientais. Para a operacionalização dessas ações, a CGVAM possui áreas técnicas, com atribuições específicas, que contemplam três programas.

O primeiro é caracterizado pelo Vigipeq/Vigisolo, Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos e Expostas a Áreas Contaminadas. De acordo com o Ministério da Saúde, diante do processo de modernização e suas consequências como a poluição e degradação ambiental, a industrialização acelerada e o uso de novos métodos tecnológicos na agricultura, a humanidade está sujeita a riscos decorrentes da exposição a inúmeros agentes potencialmente tóxicos¹⁰.

Conforme Rohlfs, Grigoletto, Netto e Rangel (2011, p. 395), o Vigipeq tem como objetivo "[...] o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde visando adotar medidas de prevenção, promoção e atenção integral de populações expostas a contaminantes químicos".

A Vigilância da Qualidade da Água para o consumo humano, operacionalizada pelo programa Vigiagua, tem como objetivo desenvolver ações relacionadas à qualidade da água para consumo humano, com padrão de potabilidade.

Esta vigilância propõe sua sistematização respeitando as particularidades regionais e locais, por meio de um conjunto de ações de gerenciamento de risco. Dentre as atividades de comunicação e mobilização que envolvem a população – chamada de consumidor pelo programa Vigiagua – está o direito à informação e à participação social. (MACHADO, 2011, p. 401)

Portanto, o Vigiagua busca garantir que a água consumida pela população atenda à legislação vigente, respeitando as peculiaridades de cada região e considerando o risco à saúde.

¹⁰ Portal MS, SVS. Disponível em: <www.saude.gov.br/consultapublica>. Acesso em: 10 jun. 2015.

O terceiro programa enfatiza a vigilância em saúde ambiental dos riscos associados aos desastres. O Vigidesastres, segundo Rohlf, Grigoletto, Netto e Rangel (2011), objetiva desenvolver ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e dos profissionais de saúde aos riscos de desastres, e a redução das doenças e agravos decorrentes deles.

Machado (2011) enfatiza a importância do Programa, tendo em vista que:

A atuação em desastres considera as ações preventivas, de resposta ao desastre e de recuperação dos seus efeitos, em que procura, senão neutralizar seus efeitos, minimizar ao máximo os danos provocados. Para isso, assim como as vigilâncias apresentadas anteriormente, considera a intersectorialidade como componente fundamental da atuação e ressalta a necessidade de um olhar amplo, no âmbito do setor saúde, especialmente, integrando as ações de promoção, vigilância e assistência, em níveis nacional, estadual e municipal e com a sociedade civil. Por fim, o conhecimento prévio da população sobre as situações de risco proporciona a ampliação da discussão nos Conselhos Municipais de Saúde, dentre outros, como forma de propor políticas de gestão de risco participativa. (MACHADO, 2011, p. 402)

Os programas apresentam uma concepção de Vigilância em Saúde de acordo com o risco, e integram o processo de planejamento, organização, implementação e controle para sua redução.

Conforme Machado, a configuração da Vigilância em Saúde Ambiental pode ser considerada um modelo múltiplo de vigilância, em construção, com três eixos, quais sejam:

[...] um interno ao serviço de vigilância de elaboração metodológica e desenvolvimento de recursos humanos de construção da atividade técnica; um segundo eixo de legitimação interna ao SUS se integrando transversalmente ao modelo de atenção integral, de formação de redes técnicas de compartilhamento de informações e de complementação das ações, e um terceiro eixo intersectorial de integração da ação de intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença. (MACHADO, 2011, p. 405)

Ainda, segundo Machado (2011), a estruturação da vigilância "requer um processo de definição e pactuação social e um projeto estratégico, fundamentado

na construção da promoção da saúde a partir das ações de vigilância" (MACHADO, 2011, p. 405).

Com o objetivo de expandir a problematização dessa área de atuação do SUS, vêm ocorrendo alguns eventos importantes, como a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, realizada em Brasília, no ano de 2009, que teve como objetivo, dentre outros:

I definir diretrizes para a política pública integrada no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersetorial dos vários atores envolvidos com o tema;

II promover e ampliar a consciência sanitária, política e ambiental da população sobre os determinantes socioambientais para um conceito ampliado de saúde;

III promover o debate social sobre as relações de saúde, ambiente e desenvolvimento, no sentido de ampliar a participação da sociedade civil na construção de propostas e conhecimentos que garantam a qualidade de vida e saúde das populações em seus territórios; (BRASIL, MS, 2010, p.17)

Rohlfs, Grigoletto, Netto e Rangel (2011) asseguram que a CNSA pode ser considerada um marco para a Saúde Ambiental, e demonstra o compromisso com a elaboração de uma política que incorpore as preocupações dos segmentos governamental e privado e da sociedade civil organizada, de acordo com o SUS, que prevê a participação da comunidade na gestão do SUS.

Evidencia-se, nesse sentido, que as duas primeiras décadas do século XXI têm caracterizado avanços na Vigilância em Saúde Ambiental, no âmbito legal e regulatório, em nível federal, porém há grandes desafios na efetivação de projetos intersetoriais que materializem o que se mostra preconizado na legislação. Destaca-se a colocação dos autores quanto ao papel da Vigilância em Saúde no sistema público de saúde do país:

A Vigilância em Saúde Ambiental está envolvida na missão de consolidar o SUS, tendo a intersetorialidade e a interdisciplinaridade como pressupostos. Do ponto de vista estratégico, enquanto contribuição à consolidação da Vigilância em Saúde, a prática de Vigilância em Saúde Ambiental, articulada com referenciais teóricos que dialoguem com modelos e sistemas complexos, vem possibilitando a construção e interpretação de

vulnerabilidades socioambientais enquanto evidência da complexa trama de determinação da saúde. (ROHLFS; GRIGOLETTO; NETTO; RANGEL, 2011, p. 397)

Portanto, para sua efetivação, o conhecimento do território e a promoção de articulações intersetoriais e interdisciplinares é quesito imprescindível na operacionalização da política em cada esfera de governo. O aprofundamento da questão urbana no espaço de atuação pressupõe ações comprometidas com a realidade sócio-histórica e, por consequência, respeito à efetivação dos direitos sociais da população, dentre eles o acesso à saúde.

Mais ainda, a vigilância em saúde ambiental envolve o pacto federativo frente ao compromisso de estados e principalmente municípios, com a implementação das ações nesta esfera, segundo estruturação e competências definidas pelo marco regulatório federal para a área, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

2.7 Vigilância em Saúde Ambiental na cidade de São Paulo

Em conformidade com a legislação federal, na cidade de São Paulo, as ações de Vigilância em Saúde Ambiental são de responsabilidade da Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental - GVISAM/COVISA. De acordo com a Portaria Municipal 970/2013, a Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA tem as atribuições de coordenação técnica, planejamento, supervisão e avaliação do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, dentre elas a Vigilância em Saúde Ambiental. O art. 3º da Portaria define as atribuições da GVISAM:

Art. 3º - As gerências de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde, Centro de Controle de Doenças, Vigilância em Saúde Ambiental e Centro de Controle de Zoonoses, no âmbito de suas respectivas esferas de atuação, têm as seguintes atribuições:
I - Coordenar, planejar e desenvolver os projetos, programas e ações de intervenção e fiscalização pertinentes às suas respectivas áreas de atuação;
II - Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria Municipal da Saúde, as normas técnicas e padrões destinados à garantia da qualidade de saúde da população, nas suas respectivas áreas de conhecimento e atribuição;
III - Participar da organização e acompanhar a manutenção de adequadas bases de dados relativas às atividades de vigilância em saúde;

- IV - Desenvolver ações de investigação de casos ou de surtos de agravos, bem como de condições de risco para a saúde da população, com vistas à elaboração de recomendações técnicas para o controle dos condicionantes de adoecimento;
- V - Promover a integração das ações de vigilância com as ações das diversas áreas técnicas da Coordenação de Vigilância em Saúde, assim como com os programas de saúde, unidades locais e regionais e outros órgãos da administração direta e indireta do município, quando pertinente;
- VI - Emitir pareceres, elaborar normas técnicas, protocolos de condutas e procedimentos, manuais e boletins, no sentido de subsidiar as autoridades municipais para a adoção das medidas de controle;
- VII - Desenvolver competências para o uso dos métodos e técnicas da epidemiologia nos processos de conhecimento dos problemas de saúde e no planejamento das atividades de vigilância;
- VIII - Participar da elaboração e desenvolvimento dos projetos de capacitação dos profissionais envolvidos em atividades de vigilância;
- IX - Assistir a Coordenação de Vigilância em Saúde e a Secretaria Municipal da Saúde na tomada de decisões a respeito de recursos interpostos nos processos de vigilância em saúde;
- X - Assumir o controle operacional de situações epidemiológicas referentes às doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde;
- XI - Implementar as ações de Farmacovigilância, em consonância com as outras esferas da administração pública. (PORTARIA Nº 970/2013–SMS)

Portanto, assim como as demais gerências relacionadas à COVISA, a Vigilância em Saúde Ambiental tem como atribuição, dentre outras, promover a integração com os demais serviços de saúde no âmbito municipal, através de ações articuladas no território.

A Vigilância em Saúde Ambiental, na cidade de São Paulo, realiza suas atividades no território através das 26 Supervisões de Vigilância em Saúde, distribuídas por região. As SUVIS são unidades descentralizadas da COVISA, compostas pela Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental. Sobretudo a partir de 2004, as ações de Vigilância em Saúde foram descentralizadas no município, conforme preconizado no Código Sanitário Municipal (2004):

Art. 2º - Para os efeitos deste Código, entende-se por Vigilância em Saúde as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, que compõem um campo integrado e indissociável de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, desenvolvidos por meio de equipes multiprofissionais, com a participação ampla e solidária da sociedade, por intermédio de suas organizações, entidades e movimentos, estruturando, em seu conjunto, um campo de conhecimento.

§ 3º - As ações de vigilância em saúde ambiental abrangem, no que se relaciona com o binômio saúde-meio ambiente, o conjunto de medidas de vigilância sanitária e epidemiológica, incluindo-se as ações específicas de prevenção e controle das zoonoses e enfermidades transmitidas por vetores, bem como dos agravos causados pelas diversas formas de poluição do meio ambiente, que serão exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, planejamento urbano, obras públicas e meio ambiente. (LEI MUNICIPAL 13.725/2004)

De acordo com o Código, as ações de Vigilância em Saúde Ambiental devem ser realizadas de forma articulada e interdisciplinar, seguindo a prerrogativa do Ministério da Saúde. Apesar de citar a necessidade de realizar as atividades com equipes multiprofissionais, não há definição do quadro de recursos humanos que deve compor a Vigilância, portanto, em cada Supervisão Regional são alocados, nesses espaços, profissionais da saúde com formações diferentes, além da indefinição de quantitativo técnico, o que dificulta a materialização da política em âmbito local.

Com o propósito de operacionalizar os programas federais no nível local, a Vigilância em Saúde Ambiental encontra-se em processo de descentralização para as SUVIS, das ações voltadas ao Vigisolo, Vigiágua e Vigidesastres¹¹, além de desenvolver ações de controle de zoonoses transmitidas por vetores, tendo como principal vetor o *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da dengue, fauna sinantrópica¹² e controle reprodutivo de animais domésticos.

¹¹ Programas explicitados no item 2.5

¹² Animais sinantrópicos são aqueles que se adaptaram a viver junto ao homem, a despeito da vontade deste. Diferem dos animais domésticos, os quais o homem cria e cuida com as finalidades de companhia (cães, gatos, pássaros, entre outros), produção de alimentos ou transporte (galinha, boi, cavalo, porcos, entre outros). Destacamos, dentre os animais sinantrópicos, aqueles que podem transmitir doenças, causar agravos à saúde do homem ou de outros animais, e que estão presentes na nossa cidade, tais como: abelha, aranha, barata, carrapato, escorpião, formiga, lacraia ou centopéia, morcego, mosca, mosquito, pombo, pulga, rato, taturana e vespa. Disponível em:

Partindo da realidade concreta para a compreensão do processo de implantação da Vigilância em Saúde local, a Coordenadoria Centro, criada no início de 2015, pela gestão Haddad, possui uma Supervisão de Vigilância em Saúde - SUVIS-Sé, responsável por concretizar as ações na região compreendida por oito distritos administrativos, quais são: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé. Para tanto, o aprofundamento da equipe técnica, no entendimento da demanda apresentada, o crescimento populacional, as características específicas de cada distrito administrativo, a articulação da rede socioassistencial, dentre outras prerrogativas, é essencial para viabilizar a concretização da política.

A Coordenadoria Centro é administrativamente responsável pelas ações dos serviços de saúde municipais da região, que inclui os três níveis de atenção à saúde e a Vigilância em Saúde. A SUVIS responde, no âmbito administrativo, à Coordenadoria e, tecnicamente, à COVISA. A SUVIS-Sé, composta pelas três vigilâncias: epidemiológica, ambiental e sanitária, atua no mesmo espaço físico, com os setores subdivididos.

A Vigilância em Saúde Ambiental Sé tem em seu quadro de recursos humanos quarenta e cinco agentes de combate a endemias¹³ e seis técnicos de nível superior, sendo três biólogos, dois médicos veterinários e uma assistente social. Um dos biólogos exerce função de coordenação e todos respondem à supervisora da SUVIS. O Serviço Social atua em ações interdisciplinares que serão abordadas no terceiro capítulo.

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/controle_de_zoonoses/animais_sinantropicos/index.php?p=4378>. Acesso em: 15 out. 2015.

¹³ De acordo com Lei Federal 11.350/2006 "O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado".

CAPÍTULO 3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: NOVOS ESPAÇOS SOCIO-OCUPACIONAIS

3.1 O Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental

A política de saúde consiste em uma área de trabalho com expressiva inserção dos assistentes sociais. Tendo em vista que o Serviço Social tem como objeto a questão social e as políticas públicas um dos principais espaços de atividades profissionais, cabe construir, no âmbito da política de saúde, sua intervenção de forma a afirmar o projeto de saúde contido no movimento de reforma sanitária, que é consoante com os valores do projeto profissional.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO & MATOS, 2004 apud CFESS, 2010 p.29). Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. (CFESS, 2010, p. 30)

Reconhecendo a importância desse saber profissional na política de saúde, a resolução do CFESS Nº 383 (29/03/1999) caracteriza o assistente social como um dos trabalhadores da área da saúde.

Conforme estabelecido na Resolução acima, as ações de saúde devem ocorrer na perspectiva interdisciplinar, a fim de garantir atenção a todas as necessidades da população usuária, na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços, portanto, atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que possam garantir a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção ou recuperação da saúde. A Resolução salienta ainda que o Assistente Social contribua para o atendimento

das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país, além disso, intervém nos processos relacionados ao controle social:

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnicopolítica que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais; [...] (CFESS, RESOLUÇÃO 383/1999)

No encontro CFESS/CRESS de 2008, realizado em Brasília, a categoria demandou a criação de parâmetros para a realização do trabalho na saúde, construídos coletivamente através de grupos de discussão, seminários estaduais e um seminário nacional. Tal documento visa fornecer diretrizes para a atuação profissional do serviço social na saúde, e destacar intervenções possíveis do serviço social nos diferentes níveis, entendendo que não há o esgotamento das ações dada a dinamicidade da realidade. Dentre as intervenções propostas, pode-se destacar:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do

Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;

- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e de suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos. (CFESS, 2010, p. 45)

A implementação dessas ações, pelo serviço social, se vê confrontada entre o projeto de saúde manifesto pela reforma sanitária e o modelo privatista da saúde. No âmbito do Serviço Social, essa disputa tem em pauta dois diferentes projetos profissionais: o advindo do movimento de renovação crítica do serviço social brasileiro, caudatário da reconceituação latino-americana, que visa a intervenção direcionada a viabilizar a autonomia dos sujeitos sociais em uma perspectiva crítica na análise das condições de vida da classe trabalhadora; e o modelo neoconservador que permeia a manutenção do *status quo* e prioriza práticas individuais e assistencialistas através da ideologia do favor, além do incentivo à formação específica na área da saúde "na perspectiva da divisão clássica da prática médica" (BRAVO, MATOS, 2006,p.212). A intervenção crítica do Serviço Social na saúde é também o caminho para reforçar o projeto ético-político hegemônico na profissão.

Para tanto, o conhecimento da realidade social a ser trabalhada é prerrogativa para a atuação profissional comprometida com o projeto hegemônico da profissão em todas as áreas, inclusive na saúde. Vasconcelos (2006), em sua reflexão sobre o serviço social e práticas democráticas na saúde, sinaliza que:

Diante da complexidade do quadro que a ordem capitalista não consegue mais ocultar - um quadro que, mesmo assim, não se desenrola com toda transparência - a sustentação e encaminhamento de uma posição/ação vinculada a um projeto social radicalmente democrático e compromissado com os trabalhadores não estão determinados, exclusivamente pela posição e encaminhamentos ético-políticos. Também o estão pela postura teórico-metodológica, na medida, aqui, da capacidade dos sujeitos profissionais para captar a especificidade própria da realidade social objetivando uma prática consciente e crítica. (VASCONCELOS, 2006, p. 244)

Entretanto, a mesma autora sinaliza em pesquisa realizada com assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que:

[...] há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, os quais direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético-político e as possibilidades de práticas contidas na realidade, objeto da ação profissional, os quais só podem ser apreendidos a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática - ainda não existente - entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria. (VASCONCELOS, 2006, p. 245)

Apesar dos profissionais tomarem como referência o projeto ético-político, segundo Vasconcelos (2006), a organização individual e coletiva, bem como a postura profissional se colocam passivas, dependentes e subalternas às condicionantes político-institucionais.

É nessa trama de relações que o Serviço Social na saúde se faz presente no século XXI, portanto, cabe aos assistentes sociais, a partir do objeto da ação profissional, planejar e realizar ações que contribuam para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos e agravos. Além de assegurar os princípios do SUS nos diversos espaços socio-ocupacionais existentes na área da saúde, por meio do conhecimento da realidade, ações articuladas com os demais

profissionais e com a população usuária dos serviços, na perspectiva do controle social.

O que inclui também a Vigilância em Saúde, que compreende:

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à 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, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Lei 8080/1990 art. 6º - XI, § 1º).

Sobretudo a partir da Constituição Federal de 1988 e com a legislação subsequente que regulamentou o Sistema Único de Saúde, no país, como direito universal, as ações de Vigilância em Saúde também ganharam destaque nesse processo com a responsabilidade de regular tanto os serviços quanto a produção e circulação de bens de interesse à saúde, de forma descentralizada em cada esfera de governo, conforme já apresentado.

O Serviço Social acumulou grande avanço nas produções e discussões sobre saúde, área em que as atribuições profissionais foram construídas, requisitadas e legitimadas, historicamente, nos diferentes níveis de atenção à saúde, mas na área de Vigilância em Saúde a inserção profissional ainda é incipiente.

Ao reconhecer a dimensão social da saúde, a política de saúde brasileira em muito alargou o espaço de atuação dos vários profissionais, dentre eles o/a assistente social. De acordo com Kruger (2010, p.124), na saúde, o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, mas com o SUS, se abriram muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, também no âmbito da gestão e do planejamento.

O processo de municipalização do SUS, que vem ocorrendo desde sua implantação, colocou os profissionais mais próximos dos usuários e dos processos de planejamento e gestão. Essa descentralização administrativa tem proporcionado uma crescente ampliação do mercado de trabalho para as

profissões que atuam na área da saúde na esfera municipal, dentre elas o Serviço Social.

Os princípios do SUS, o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença, que no espaço do executivo/gestão tem se materializado em vários programas, está demandando com frequência o trabalho do assistente social, não apenas como área exclusiva/privativa. Ao mesmo tempo é por meio do reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e das necessidades de saúde que o assistente social tem construído novos espaços de atuação interdisciplinares, sobretudo nas áreas de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças. (KRUGER, 2010, p.131)

Diante do conceito ampliado de saúde, preconizado pelo sistema vigente, o serviço social tem sido requisitado em novos espaços de atuação, na perspectiva interdisciplinar, dentre eles a Vigilância em Saúde.

A área da Vigilância a Saúde que se operacionaliza via vários programas como a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador, doenças não transmissíveis – DANTs, alimentar e nutricional, de prevenção a violência e assistência farmacêutica, também é um campo da saúde historicamente bastante reduzido de atuação do assistente social. Trabalhar com vigilância a saúde na atualidade implica perceber que as doenças do perfil epidemiológico contemporâneo são previsíveis, mas não estão sendo devidamente prevenidas, que muitas doenças da modernidade são agravadas pela ausência de intervenções oportunas e precoces e que existem altos índices de mortes evitáveis e percentuais de exames diagnósticos, tratamentos medicamentosos e encaminhamentos desnecessários e de baixa qualidade, apesar dos conhecimentos e técnicas já disponíveis. (KRUGER, 2010, p.134)

A necessidade de ações profissionais, cada vez mais planejadas, com ênfase na prevenção e promoção da saúde, a partir do conhecimento da realidade territorial na qual a população reside, tem proporcionado novos espaços sócio-ocupacionais para o Serviço Social no SUS. A atuação nesses espaços tem ocorrido com atribuições e competências profissionais não exclusivas, inclusive de coordenação de vigilâncias e seus subprogramas. De acordo com Kruger (2010):

É na área da vigilância a saúde que se pode perceber com grande nitidez as determinações sociais no processo saúde e doença. A atuação profissional atenta aos indicadores reais e os pactuados entre as três esferas de gestão e o perfil epidemiológico possibilita ações no âmbito da promoção da saúde, subsidia a elaboração dos subprogramas e as necessidades de capacitações dos trabalhadores da saúde. (KRUGER, 2010, p. 134)

Deste modo, entende-se que a Vigilância em Saúde Ambiental compõe o cenário de inserção do Serviço Social no SUS, profissão requisitada a fim de contribuir nas ações de promoção e prevenção à saúde, relacionadas ao meio ambiente, diante da questão urbana e suas manifestações particulares nos diversos espaços urbanos.

Principalmente no início do século XXI, de acordo com Silva (2010), houve um aumento considerável de estudos e pesquisas acerca da problemática da questão ambiental nos espaços sócio-ocupacionais do serviço social.

É neste campo gravitacional que o Serviço Social é chamado, como profissão integrada aos processos de conformação de uma cultura ambiental, seja no interior das organizações empresariais, nas instituições públicas, ONGs, entre outros. De natureza essencialmente pedagógica, o exercício profissional dos assistentes sociais está intrinsecamente voltado aos processos de educação ambiental articulados à defesa da melhoria na qualidade dos serviços prestados pelas instituições às quais se vinculam. (SILVA, 2010, p. 30)

Segundo a autora, a atuação profissional se encontra relacionada às ações de educação ambiental para a melhoria das condições de saúde, destacando-se a dimensão sócio-educativa inerente ao trabalho nessa área, além da atuação no nível de gestão, assinalada anteriormente.

Entende-se que para intervir na realidade social é mister o seu conhecimento, portanto, o serviço social tem problematizado a questão ambiental relacionada aos processos de adoecimento como uma das manifestações da questão social, porém, é mais recente a consciência de que a saúde individual e coletiva está diretamente relacionada com a qualidade do meio ambiente. Para Silva (2015, p. 430): “Essa relação vem se tornando inequívoca nas últimas décadas, em razão do modelo de desenvolvimento em curso no país, caucionado

em grandes projetos voltados para a expansão do capital no território nacional, com forte apoio do aparato estatal e uso intensivo de recursos naturais” Na área de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), o serviço social encontra-se em fase embrionária. De acordo com a análise da VSA desenvolvida no Capítulo 2, constata-se que as ações nas três esferas de governo têm ocorrido, sobretudo, a partir de 2005, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Instrução Normativa nº01.

Contudo, nesta normativa, bem como nas legislações correlatas, não consta o quadro de recursos humanos necessários para a execução das atividades propostas nessa área. Portanto, ainda não há, a exemplo de outras áreas da política de saúde, a Norma Operacional Básica relacionada aos recursos humanos de nível superior, que devem compor as ações de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo, ficando a cargo dos municípios alocar profissionais da saúde nessa área, de acordo com as prioridades da política local, o que traz inúmeras dificuldades para fazer avançar a VSA como campo de política pública de corresponsabilidade estatal da união, de estados e municípios

3.2 O Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental de São Paulo

Segundo a Instrução Normativa 01 (2005), os municípios possuem atribuições específicas¹⁴ para viabilizar a execução do Sistema Nacional de

¹⁴ Conforme Instrução Normativa em seu artigo Art. 6º - "Compete aos municípios a gestão do componente municipal do SINVSA, compreendendo as seguintes ações: I. coordenar e executar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana; II. propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; III. propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse de saúde pública; IV. coordenar a Rede Municipal de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental; V. gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho; a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do sistema de vigilância em saúde ambiental; b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema; c) análise dos dados; e d) retro alimentação dos dados. VI. coordenar as atividades de vigilância em saúde ambiental de contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho; VII. executar as atividades de informação e comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência municipal; VIII. promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental; IX. analisar e divulgar informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de

Vigilância em Saúde Ambiental. Diante da necessidade de operacionalizar as ações no âmbito municipal, de acordo com as diretrizes legais, a cidade de São Paulo, em 2005, estabelece a formação da Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental - GVISAM¹⁵ com o objetivo de coordenar essas ações.

Para a estruturação da área, em 2008, ocorreu, na cidade de São Paulo, concurso público para o cargo de Especialista em Assistência e Desenvolvimento Social-assistente social, de acordo com o Edital de Abertura de Inscrições, publicado no Diário Oficial do Município em 21/03/2008. No referido Edital, foram disponibilizadas 422 vagas destinadas à Secretaria Municipal de Gestão. Após o processo seletivo, na escolha de vagas, os 200 primeiros aprovados foram direcionados a vagas na área da saúde; dentre elas, cerca de cinquenta nas Supervisões de Vigilância em Saúde, sendo que cerca de doze profissionais vieram a compor o quadro de recursos humanos na Vigilância em Saúde Ambiental. Não há um número exato, visto que os profissionais são lotados no quadro de recursos humanos das SUVIS e no âmbito local há a divisão entre as vigilâncias.

Com o objetivo de operacionalizar as requisições apresentadas pelo SNVSA, a Vigilância em Saúde Ambiental, no nível local, trabalha com equipe interdisciplinar composta por biólogos, veterinários, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros profissionais da saúde. A distribuição das categorias profissionais e a quantidade de técnicos não é homogênea nas 26 SUVIS da cidade, portanto, há formações diferenciadas em cada Vigilância em Saúde Ambiental. Considerando a região centro, esta é composta por três biólogos, dois médicos veterinários e uma assistente social. Há locais em que a equipe é formada por dois técnicos, responsáveis por gerenciar e operacionalizar as ações de Vigilância Ambiental em sua área de abrangência.

risco à saúde; X. fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental; XI. Participar do financiamento das ações de vigilância ambiental em saúde, na forma estabelecida na Portaria nº. 1.172/04. XII. Coordenar, acompanhar e avaliar os procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas, componentes da rede municipal de laboratórios, que realiza exames relacionados à área de vigilância em saúde ambiental. (BRASIL, 2005).

¹⁵ Regulamentada pela Portaria SMS 2335/2005, posteriormente substituída pela Portaria nº 970/2013–SMS.

Alves (2010), em sua monografia elaborada para conclusão de Especialização, organizada pelo CFESS e UNB, no ano de 2010, refletindo sobre as demandas dirigidas à saúde ambiental e as respostas profissionais, sinaliza a fragmentação existente nas análises sobre o tema, com notória responsabilização individual em detrimento de análises de totalidade da questão ambiental e de saúde ambiental.

No decorrer de sua pesquisa, Alves (2010) aborda as relações sociais de produção, a utilização de recursos naturais pelo capital, contextualizando o conceito ampliado de saúde remetido às condições de vida da classe trabalhadora e a intervenção do serviço social nessa realidade. A partir dessas reflexões, apresenta as demandas emergentes ao Serviço Social na área de saúde ambiental, próprias da configuração contemporânea da cidade e da realidade urbana que exigem intervenções comprometidas.

Conforme pesquisa de Alves (2010), o Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental, de um modo geral, tem sido requisitado para o atendimento a demandas de saúde ambiental, que estão diretamente relacionadas às formas de produção e reprodução da vida dos cidadãos. Situações advindas da interação do homem com o meio ambiente e que podem se tornar prejudiciais a sua própria saúde. Partindo de experiência profissional na área, a autora elenca as situações conforme descritas a seguir.

Há situações de acúmulo de materiais realizado por pessoas em seus domicílios, sem condições de higiene, criando condições propícias à proliferação de pragas, e até mesmo risco de vida provocado por incêndios ou infecções, entre outros. Esse acúmulo de materiais não é visto, pela pessoa que o protagoniza, como lixo, pois são materiais os mais diversos, acumulados ao longo de anos, trazidos cotidianamente de ambientes externos, com forte apelo emocional.

Segundo a autora: "tal situação indica a ausência de autocuidado do ser humano que ali reside em condições inabitáveis; é também expressão de processo de isolamento" (ALVES, 2010, p. 44). As casas são mal conservadas, não recebem pessoas há anos, não há caracterização dos espaços como banheiros, cozinha, quarto, sendo todos os cômodos ocupados pelos materiais; o convívio com pragas (baratas, ratos, moscas) se torna ignorado; a sujeira e o mau

cheiro passam despercebidos e a relação com os vizinhos fica ainda mais conflituosa, pois estes vivem reclamando dos infortúnios que tal situação lhes causa.

Outra demanda atendida pelo serviço social na Vigilância Ambiental, de acordo com Alves (2010), está relacionada ao convívio com animais. Os animais são uma realidade presente nas famílias brasileiras. A história de convivência de animais com os humanos data de 15 a 20 mil anos atrás, fazendo parte da rotina familiar, exercendo um importante papel, seja como companhia, guarda ou outras forma de convivência (CCZ, 2004, p. 6).

Muitos podem ser os benefícios causados por esta relação para ambas as partes, como companhia, confiança, aquecimento, entre outros. É comum a presença de gatos nas famílias que moram em favelas, por exemplo, para realizar o controle de roedores, de cães para guardas de propriedades, ou para garantia de aquecimento no caso das populações em situação de rua. Há também um desenvolvimento recente de práticas terapêuticas utilizando animais para busca positiva de resultados, além da presença de cães guias no convívio com pessoas com deficiência visual, e na utilização pela polícia na busca de drogas, ou vítimas em situações catastróficas. Mas em meio a tantos benefícios, é necessário que este convívio seja sadio, caso contrário pode se tornar em um grave problema as populações, sobretudo de saúde pública. (ALVES, 2010, p. 45)

Alves (2010) salienta ainda que esta relação passa a não ser mais saudável quando as pessoas atribuem grande sentimento aos animais, quando já perderam algo em relação aos humanos. Cuidam e alimentam seus bichos de estimação, mas não cuidam mais de si, não se veem como parte do mundo e, por vezes, buscam uma relação coletiva com os animais, inexistente com outros seres humanos. Diante disso, a situação de acumulação compulsiva também se faz presente com relação aos animais domésticos. Pessoas adquirem quantidade excessiva de animais no domicílio por decorrência dessa relação afetiva em detrimento das demais relações, já desgastadas na vida social.

Essas situações de acúmulo compulsivo devem ser analisadas enquanto objeto de saúde pública, com intervenções intersetoriais e multidisciplinares. Nessa perspectiva, a ação articulada entre a vigilância em saúde ambiental com a

atenção básica e saúde mental é fundamental, além da articulação com demais políticas públicas, como assistência social e limpeza urbana, no caso da necessidade de remoção de materiais.

Além dos animais domésticos, a relação homem e animal se dá também com outras espécies, como os animais sinantrópicos¹⁶, cuja proliferação está intimamente ligada a fatores estruturais e sociais, relacionados às condições de saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, condições de trabalho e moradia da população. A relação com esses animais pode vir a ocasionar as zoonoses, entendidas como doenças causadas por animais. Para tanto, a prevenção de tais doenças está basicamente atrelada a hábitos de higiene e condições de saneamento básico, que evitam o risco de contaminação e proliferação.

Contudo, essa situação não pode ser abordada como uma questão individual, responsabilizando e culpabilizando seus sujeitos pelas soluções na cidade de São Paulo. Conforme dados do Censo IBGE 2010, cerca de 10% dos domicílios não possuem rede de esgoto e, no centro da cidade, 1% não tem acesso a esse serviço, em especial na região do Bom Retiro, onde há o maior número de cortiços, que totalizam 605 moradias coletivas sem abastecimento.

A realidade apresentada por Alves (2010) reproduz a mesma realidade existente na Vigilância Ambiental em São Paulo. O atendimento imediato das situações de acúmulo chega ao Serviço Social através da equipe técnica multiprofissional, após prévia visita domiciliar, realizada por Agentes de Controle de Endemias ou por demais técnicos em atendimento a denúncias relacionadas a maus tratos de animais, com vistas à culpabilização do indivíduo. Após a primeira abordagem, quando percebido que a realidade apresentada necessita de acompanhamento do Serviço Social, bem como articulação com a rede de atendimento sócio-assistencial da região, a assistente social é acionada.

¹⁶ "Define-se animais sinantrópicos àqueles que se adaptaram a viver junto ao homem, a despeito da vontade deste. [...] Destacamos dentre os animais sinantrópicos, aqueles que podem transmitir doenças ou causar agravos à saúde do homem ou outros animais que estão presentes em nossa cidade, como: rato, pombo, morcego, barata, mosca, mosquito, pulga, carrapato, formiga, escorpião, aranha, taturana, lacraia, abelha vespa e marimbondo" (CCZ, 2000, p.1)

O Serviço Social trabalha com essa demanda em atendimento individual dos casos, através de visitas domiciliares, acompanhada de equipe multidisciplinar composta por médico veterinário e biólogo. Após a abordagem, realiza contato entre os demais serviços da secretaria de saúde, envolvidos nessa problemática, como a atenção básica, saúde mental, Centro de Controle de Zoonoses, além de outras secretarias como a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS, limpeza urbana e meio ambiente. Cada situação demanda uma articulação, de acordo com a necessidade apresentada. É importante considerar que o fortalecimento da rede é um processo contínuo e permeado de enfrentamentos dada a fragmentação das políticas, inclusive a da saúde e, portanto, a dificuldade desse trabalho.

Para o planejamento e a intervenção nessas situações, é fundamental desvelar essa realidade e compreender sua dimensão macrossocietária, considerando a perspectiva da totalidade. Lima (2011), diante da acumulação compulsiva e destrutiva do capital, problematiza a questão do consumo na sociedade capitalista:

O sistema capitalista produz sujeitos inadimplentes, em eterna busca de pagar uma dívida com seu sintoma neurótico. Portanto, além de produzir consumistas compulsivos, o capitalismo também produz endividados de toda ordem: pessoas que se rendem ao fascínio dos produtos e as facilidades de adquiri-los sem calcular sua capacidade financeira-econômica. (LIMA, 2011, p. 211)

Com relação aos acumuladores compulsivos, destaca que:

[...] o sintoma “acumular-acumular” ou “guardar-guardar” parece ter a seguinte lógica: um dia precisar d’isso, ou precisa ter algo para um dia poder pagar um dívida imaginária. Então, aqui, parece existir distinção no ato: a) do capitalista (que sabe administrar sua fortuna, usá-la em gozo próprio (inclusive para fins de filantropia); b) dos doentes do consumo produzido pelo discurso capitalista (que se alienam no processo de compra compulsiva, a retenção, não usufruem das coisas guardadas, mal-estar em relação às dívidas). Portanto, a compulsão de acumular-guardar denuncia um vazio existencial que jamais será preenchido por objetos materiais. (LIMA, 2011, p. 211)

De acordo com Lima (2011), como psicólogo e pesquisador, a acumulação tem suas raízes na sociedade do consumo contemporânea, que leva os indivíduos ao descontrole na obtenção de objetos, na busca de preencher um vazio que, na verdade é, segundo ele, existencial, mas que, de fato, é expressão da desigualdade de classe no usufruto da riqueza socialmente produzida na cidade, que exclui o acesso ao trabalho, bens e serviços sociais, amplos segmentos da classe trabalhadora, notadamente nas suas camadas mais vulnerabilizadas e subalternizadas.

Portanto, a intervenção comprometida com os sujeitos sociais da política de saúde, no âmbito da saúde ambiental, requer a análise crítica dessa ação destrutiva do sistema capitalista contemporâneo, que supervaloriza o consumo e fortalece a necessidade de obtenção de objetos que, para alguns sujeitos, chega a tornar-se patológico. Destaca-se que não são casos isolados, mas compõem o cenário das manifestações da questão social nas “cidades globais” do capitalismo mundializado e financeirizado, como é o caso de São Paulo.

Além das demandas relacionadas à acumulação compulsiva, o Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental desenvolve ações de educação em saúde junto aos Agentes de Combate às Endemias¹⁷ com o objetivo de abordar as especificidades do trabalho com vistas à potencialização de suas ações; oficinas com catadores de recicláveis para esclarecimentos quanto às questões ambientais e segurança no trabalho; palestras sobre saúde ambiental na rede de atendimento à saúde e sócio-assistencial, com o objetivo de problematizar as situações atendidas. O trabalho desenvolvido busca articular a equipe técnica, proporcionando abordagem interdisciplinar nessas ações.

Conforme sinalizado anteriormente, não há normatização ou regulação quanto aos profissionais que devem compor as equipes de Vigilância em Saúde Ambiental, bem como suas atribuições específicas. Essas atribuições são construídas no cotidiano profissional, diante da necessidade apresentada pela especificidade de cada território, em consonância com as diretrizes do SUS sob

¹⁷ Lei federal 11.350/2006 dispõe no Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado (BRASIL, 2006).

responsabilidade municipal, de acordo com os programas apresentados no Capítulo 2.

A partir da recente descentralização político-administrativa na cidade de São Paulo, iniciada, sobretudo em 2005, entende-se a importância de ações interdisciplinares, tendo em vista que a vigilância em saúde permeia um campo multifacetado, que requer conhecimento das ciências biológicas, humanas e sociais para a compreensão da realidade, das expressões da questão urbana na saúde da população.

A região central de São Paulo, caracterizada no primeiro capítulo e objeto de estudo da presente pesquisa, permite compreender a expressão multifacetada da realidade social. O centro da metrópole paulistana abriga a maior concentração de pessoas em situação de rua da cidade, de cortiços, de favelas, de moradias populares precárias ou novos empreendimentos imobiliários. Além do grande número de população flutuante, que frequenta a região para exercer atividade laborativa, seja no mercado formal ou informal.

Essas características peculiares ao centro de São Paulo permitem vislumbrar possibilidades de intervenção profissional no espaço socio-ocupacional da Vigilância em Saúde Ambiental, comprometida com a realidade concreta da saúde ambiental dessa população.

Considerando as normativas referentes à Vigilância em Saúde, dos últimos dez anos, e a compreensão desse espaço como área de atuação do Serviço Social, compondo as equipes multidisciplinares nas SUVIS, é possível delinear propostas condizentes com as diretrizes do SUS e atribuições e competências profissionais na saúde.

Compondo as equipes multidisciplinares, o/a assistente social pode contribuir com seu saber específico em diversas ações preconizadas pela política de saúde e que tem sido descentralizada aos municípios, conforme elencamos na sequência.

Houve o mapeamento do território para a efetivação dos programas Vigisolo, Vigiágua e Vigidesastres, junto à equipe de trabalho, considerando as condições de moradia, saneamento básico, faixa-etária e condições

socioeconômicas da região. Os três programas encontram-se em processo de descentralização, com ações realizadas no nível central da Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA, ainda não distribuídos nos territórios das Suvis locais.

Houve também a participação no planejamento e estruturação das ações de vigilância em saúde ambiental, do município, e a realização de projetos de educação ambiental, nos bairros, visando reduzir os agravos à saúde e fomentar a participação social. Os projetos de educação em saúde fazem parte do cotidiano profissional e devem ser enfatizados e ampliados em todas as regiões, compondo o processo de planejamento das ações locais.

Há a realização de visitas e atendimentos domiciliares, quando ocorrem situações sociais identificadas pelos profissionais que realizam vistorias zoossanitárias, propondo-se um trabalho articulado com a rede socioassistencial. Além da proposição de ações interdisciplinares e intersetoriais, que demandam intervenção da Vigilância Ambiental, com articulação da rede sócio-assistencial, de saúde e saúde mental, nas situações provenientes dos acumuladores compulsivos, pode-se perceber que a articulação intersetorial apresenta diferenciações regionais, mas depende, basicamente, do envolvimento dos profissionais, visto que não há normatização que defina responsabilidades e atribuições, demandas, tampouco instância no nível central responsável pela gestão das ações intersetoriais.

Outra atribuição, atrelada à anterior, de coletivizar as demandas, levar as mesmas ao conhecimento de todos os serviços e estabelecer fluxos de atendimentos com a rede de atenção à saúde também se apresenta ao assistente social nesse espaço de atuação.

E, considerando a educação em saúde, promover educação continuada junto aos demais profissionais sobre a política de saúde e a inserção da saúde ambiental nesse contexto, seja do mesmo local de trabalho ou de outros níveis de atenção à saúde. As propostas de capacitação e educação permanente dos profissionais da área têm sido eventuais e fragmentadas, abordando temas específicos e direcionadas a um número limitado de trabalhadores da área, seja

de nível superior, médio ou fundamental, o que dificulta alinhamento conceitual acerca dos processos de trabalho.

Tais ações elencadas e preconizadas pela política de Vigilância em Saúde Ambiental vigente, que convergem com as atribuições do/a assistente social na saúde, enfatizam a importância do conhecimento das normativas por parte dos profissionais envolvidos e, como consequência, a necessidade de discussão e proposição coletivas para que sejam efetivadas na cidade de São Paulo, com diretrizes de ação, respeitando as especificidades de cada território.

Analisando-se as atribuições profissionais na área da saúde e, especificamente, do Serviço Social na saúde ambiental, em consonância com a política de vigilância em saúde ambiental, a presente pesquisa propôs a reflexão sobre a inserção do Serviço Social em um espaço de atuação permeado pelos condicionantes da vida urbana e pelo agravamento da questão social, frente à necessidade de garantia do direito à saúde, considerando a complexa realidade social do centro de São Paulo, que espelha, como nenhuma outra, as contradições entre riqueza e pobreza e a negação do direito à cidade à grande parcela de seus moradores, ainda não reconhecidos em seus direitos de cidadania pelo poder público municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse momento de finalização desta dissertação, é importante pontuar que a discussão proposta neste trabalho evidenciou-se para a pesquisadora como uma primeira apropriação da relação entre Serviço Social e Vigilância em Saúde Ambiental, portanto, como em qualquer área das ciências humanas, não nos sustentamos em verdades absolutas, mas sim em constantes aproximações da realidade.

O/A assistente social, profissional reconhecido/a como integrante da equipe de saúde, historicamente, vem atuando nas diversas áreas da saúde, construindo conhecimentos e propostas de atuação, apresentadas e discutidas em estudos e pesquisas, e em uma consistente produção bibliográfica de inúmeros autores, entre os quais se destaca a contribuição de Bravo, Vasconcelos e Mota, que têm problematizado a inserção do Serviço Social na política de saúde, nas últimas décadas. Esse processo de reflexão coletiva na categoria profissional propiciou a elaboração dos Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde, elaborado em 2010, pelo conjunto CFESS/CRESS, cuja finalidade é a de referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social nessa área.

Como analisamos ao longo desse trabalho, na Vigilância em Saúde Ambiental, a atuação profissional se faz recente. Por essa razão, e pela nossa experiência profissional na área da saúde ambiental, objetivamos analisar o contexto que deu origem à inserção do Serviço Social na Vigilância em Saúde Ambiental, e identificar demandas institucionais no espaço sócio-ocupacional da saúde ambiental.

A pesquisa partiu da necessidade de compreender a origem das demandas apresentadas à saúde ambiental, no âmbito da política pública de saúde, tendo como realidade concreta a intervenção da gestão municipal no Centro da cidade de São Paulo. Para isso, foi fundamental analisar as condições de vida da classe trabalhadora nesse território, bem como as demandas sociais de quem vive e trabalha numa metrópole como São Paulo, e seus rebatimentos nas condições da saúde dessa população.

Em nosso percurso investigativo, partimos da análise sócio-histórica da realidade contemporânea do Centro da cidade de São Paulo, lócus de atuação profissional. Diante dessa problemática, a compreensão da questão urbana se fez presente para o entendimento das relações de produção e reprodução da vida social que permeiam a capital paulistana.

A fim de entender a inserção da saúde ambiental na política pública de saúde, realizamos aprofundamento teórico, através de revisão bibliográfica e documental sobre o SUS, com ênfase na Vigilância em Saúde Ambiental, e percebemos a recente inserção dessa área como demanda direta do Ministério da Saúde, datada de 2003. Além da recente descentralização das ações aos municípios, dentre eles São Paulo, que iniciou esse processo a partir da publicação do Código Sanitário Municipal em 2004.

Desenvolvemos a análise da atuação profissional do/a assistente social na Vigilância em Saúde Ambiental no contexto do trabalho multidisciplinar, considerando esse espaço socio-ocupacional como emergente na profissão. Diante da realidade concreta, materializada pelo conhecimento das condições de vida, de habitação e do perfil populacional do Centro de São Paulo, partindo da reflexão sobre a questão urbana, no âmbito de intervenção da saúde pública, foi possível identificar as possibilidades de intervenção na saúde ambiental, bem como a necessidade de ampliar os debates e discutir estratégias coletivas da categoria profissional na área.

O aprofundamento do estudo sobre a política de Vigilância em Saúde Ambiental permitiu o conhecimento dos programas propostos pelo Ministério da Saúde, pelos três entes federados (União, estados e municípios), são eles: o Vigisol, o Vigiágua e o Vigidesastres, bem como a situação de implantação desses na cidade de São Paulo, em processo de descentralização para as SUVIS, ainda com ações efetivadas apenas no âmbito da COVISA.

Em todos esses programas e também nos textos de orientação técnica, é evidenciada a necessidade de atuação multidisciplinar no espaço da Vigilância em Saúde, dada a complexidade de entendimento do território e das manifestações da questão urbana que o permeiam para garantir intervenções consistentes. Porém, uma limitação a ser superada é a indefinição do quadro de

recursos humanos que deve compor essa equipe multidisciplinar, ficando a cargo de cada município o direcionamento de profissionais para esta área. Em São Paulo, há uma gama de profissionais que atuam na Vigilância Ambiental, dentre eles, biólogos, médicos, veterinários, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, distribuídos nas vinte e seis SUVIS da cidade, com composições multidisciplinares diferentes em cada unidade, de acordo com a possibilidade da região de alocar profissionais no referido espaço de atuação. Nesse sentido, não há dimensionamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos técnicos de acordo com a demanda ou território. Essa problemática dificulta a operacionalização da política voltada à Vigilância em Saúde Ambiental, que além de apresentar estruturação recente nas três esferas de governo, vivencia a escassez de profissionais qualificados no âmbito municipal para atender a demanda de saúde ambiental na complexidade urbana com que os territórios das diferentes regiões da cidade se apresentam.

Evidencia-se, assim, que a Vigilância em Saúde Ambiental é um espaço sócio-ocupacional emergente para o serviço social, na perspectiva do trabalho interdisciplinar, no qual a profissão tem um papel fundamental, sobretudo em atividades de gestão que envolvem o diagnóstico e o planejamento socioterritoriais, que tenham como centralidade as necessidades e direitos da população que vive nas áreas centrais da cidade. Junto com o monitoramento e a avaliação das ações, esses instrumentos de gestão, no campo da vigilância em saúde ambiental, são pressupostos necessários para o trabalho multiprofissional e a intervenção articulada com os demais níveis de atenção à saúde, pontuados no SUS. Nesse sentido, cabe ao Serviço Social contribuir para que o trabalho na Vigilância tenha como base de suas ações "conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença" (CFESS, 2010, p. 30).

Entende-se a Vigilância em Saúde Ambiental permeada de desafios à profissão, tendo em vista constituir um espaço de atuação em formação não apenas para o Serviço Social, mas para os demais profissionais envolvidos, e a ausência de definição institucional do quadro de recursos humanos, que dificulta a efetivação da política da forma preconizada pelo SUS. A intervenção do Serviço

Social é de relevante importância, dada a especificidade profissional de comprometimento com a classe trabalhadora, usuária das políticas públicas, dentre elas a da saúde. Tendo como referência os Parâmetros para Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS, 2010), destacam-se as possibilidades de intervenção da profissão na Vigilância em Saúde Ambiental:

- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados (CFESS, 2010, p. 64)

A contribuição profissional na Vigilância em Saúde Ambiental volta-se, assim, para o conhecimento e o desvelamento das necessidades sociais dos usuários no território, a fim de proporcionar visibilidade à camada da população atendida pela Vigilância em Saúde, com vistas à superação de análises estereotipadas e preconceituosas de que é vítima, enfatizando os determinantes sociais que incidem nas situações individuais e coletivas identificadas.

A pesquisa realizada procurou evidenciar que os desafios para essa área emergente não se apresentam apenas para o Serviço Social. A necessidade de aprofundar a compreensão do papel desempenhado pela Vigilância em Saúde Ambiental e de definir parâmetros de atuação exige um debate ampliado no interior da própria política de saúde, atualmente fragmentada em inúmeros programas e frentes de intervenção que precisam ser articulados intrassetorialmente, no sentido de construir maior organicidade. Também é fundamental ressignificar o ambiente social enquanto espaço urbano permeado de contradições e relações sociais. Para tanto, a contribuição de Silva (2010) na reflexão acerca da questão ambiental é imprescindível nesse contexto:

A humanidade relaciona-se com a natureza mediada pelas relações que estabelece entre seus semelhantes para produzir os meios necessários à satisfação de suas necessidades. Esta aproximação possibilitou-nos de localizar ontologicamente as determinações da "questão ambiental": a separação da sociedade em classes sociais e consequentes distinções na forma de se apropriar do meio ambiente nos leva a identificar a radical impossibilidade de superação da destrutividade planetária pela via do progresso técnico.

[...] a mundialização financeira, a acumulação por espoliação, a ideologia do progresso técnico e a obsolescência programada são exemplos do esforço para enriquecer o escopo da tradição marxista e revelaram-se essenciais para a apreensão da "questão ambiental" como produto das contradições do capitalismo globalizado e as suas manifestações incontestes. (SILVA, 2010, p. 32)

As propostas de intervenção na saúde ambiental devem ser diretamente associadas e entendidas como produto das contradições do sistema econômico vigente para que possam estar comprometidas com os sujeitos sociais e com a viabilização de seu direito à saúde de forma integral.

Diante dos questionamentos e das apreensões elencadas nesta pesquisa, constatamos que se fazem necessárias novas aproximações a esta problemática a fim de que sejam desveladas as possibilidades que estão dadas na realidade, mas que não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais, conforme nos adverte Iamamoto (2006).

Para isso, enfatizamos ser imprescindível a organização de fóruns coletivos de discussão entre os assistentes sociais inseridos neste contexto, bem como entre as equipes multiprofissionais que compõem o processo de Vigilância em Saúde Ambiental. Ressaltamos que cabe aos assistentes sociais e aos gestores apropriarem-se das especificidades do Serviço Social para transformá-las em projetos e frentes de trabalho que preconizem a qualidade do serviço prestado em saúde ambiental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. C. **Serviço Social, Trabalho Profissional na área de saúde ambiental: demandas e competências**. 2010. Monografia (Especialização em Serviço Social: direitos sociais e competências) - Universidade de Brasília, UnB/CFESS, Brasília, 2010.

BARCELLOS, Christovam; QUITÉRIO, Luiz Antônio Dias. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 170-177, jan./fev., 2006.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009, v.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 02 jun.2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/696097.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Instrução Normativa MS/SVS nº 1 de 7 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. Diário Oficial da União 2005; 8 mar/22 mar.

_____. **Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional 2005.

_____. **Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_2010/2010/Decreto/D7336.htm>. Acesso em: 17 out. 2015.

_____. **Portaria nº 518, de 5 de outubro de 2004.** Disponível em: <www2.cultura.gov.br/upload/Port22_ed6_class_1165439643.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Conferência Pan-americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável.** Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Planonac.pdf>>. Acesso em 10 out. 2015.

_____. **Conferência Nacional de Saúde Ambiental – Saúde e Ambiente, vamos cuidar da gente.** Relatório Final. Brasília, 2010.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ, 1996.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo.** São Paulo: Cortez: 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Fórum em defesa do serviço público e contra as fundações estatais de direito privado no Rio de Janeiro: uma experiência de assessoria. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Assessoria, consultoria & serviço social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRESCIANI, Maria Stella. M. **Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza.** São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção Tudo é História, n. 52).

CCZ. **Animais Sinantrópicos: como prevenir.** Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde – Centro de Controle de Zoonoses. São Paulo, 2004.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

CFESS/ABEPSS: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CLARK, Brett; FORSTER, John Bellamy. A dialética do metabolismo socioecológico: Marx, Mézàros e os limites absolutos do capital. **Margem Esquerda, ensaios marxistas.** São Paulo: Boitempo, n. 14, 2010.

COELHO, V. S.; SZABZON, F.; DIAS, M. F. Política Municipal e Acesso a Serviços de Saúde. **Revista Novos Estudos**, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n100/0101-3300-nec-100-00139.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2015.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2010.

FRÚGOLI JR., Heitor. **Centralidade em São Paulo: trajetórias, conflitos e negociações na metrópole**. São Paulo: Cortez: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

_____. **São Paulo: espaços públicos e interação social**. São Paulo: Marco Zero, 1995.

IAMAMOTO. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

JOSÉ, Beatriz Kara. **A popularização do centro de São Paulo: um estudo de transformações ocorridas nos últimos 20 anos**. 2010. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

JUNQUEIRA, V. **Saúde na Cidade de São Paulo (1989 a 2000)**. 2. ed. São Paulo: Pólis/PUC/SP, 2002.

KAYANO, J. **Saúde: controle social e política pública**. 1. ed. São Paulo: Pólis/PUC/SP, 2007.

KOHARA, Luiz. São Paulo: repovoamento das áreas centrais. In: _____. **São Paulo: Sentidos Territoriais e Políticas Sociais**. SENAC: São Paulo, 2013.

KOWARICK, Lúcio. **As Lutas Sociais e a Cidade: São Paulo, passado e presente**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

_____. (Org.). **São Paulo: novos percursos e atores**. São Paulo: Centro de Estudos da Metrópole, 2011.

_____. **Viver em Risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil**. São Paulo: Editora 34, 2009.

_____. **Escritos urbanos**. São Paulo: Editora 34, 2000.

KRUGER, Tania Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010.

_____. Serviço Social e Saúde Ambiental: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, p.123-145. dez., 2010.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 399-406, 2011.

MARCH, C. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades Públicas e Autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e Sociedade**, DF, ano XXI, n. 49, jan., p. 62-70, 2012. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/3775261/562571220/name/US49pg62-70>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Os dilemas do financiamento do SUS no Interior da Seguridade Social. **Economia e sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1 (24), jan./jun., p. 159-175, 2005. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-esociedade/V14-F1-S24/07-RosaAquilasMendes.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1999. Cap. 1.

MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. OPAS, OMS, Ministério da Saúde. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

NETO, E. R. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NETTO, José Paulo. **A Construção do projeto-ético político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. OPAS, OMS, Ministério da Saúde. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

PAHIM, M. L. L. **Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde**. 2009. 250 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PINHEIRO, J. **Controvérsias sobre o PAS.** Disponível em: <http://www.pucsp.br/neils/downloads/v4_artigo_jair.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

RAICHELIS, Raquel. Gestão Pública e a Questão Social na Grande Cidade. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 69, 2006.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira Rezende. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

ROHLFS, Daniela Buosi; GRIGOLETTO, Jamyle Calencio; FRANCO NETTO, Guilherme; RANGEL, Cássia de Fátima. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil, **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, out., 2011.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Maria das Graças e. **Questão Ambiental e desenvolvimento sustentável: um desafio ético-político ao serviço social.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Z. P. **A Política Municipal de Saúde (2001-2003).** 1. ed. São Paulo: Pólis/PUC/SP, 2004.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.(Org.) **Tratado de Saúde Coletiva.** 1. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VANNUCCHI, Ana Maria Cortez. **Projeto Inclusão Social Urbana: nós do Centro.** São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009.

YAZBEK, Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.