



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Milanca Mancabú

**SAÚDE E SANEAMENTO: Doenças Causadas por Veiculação Hídrica nas Áreas Riacho
Doce Pantanal em Belém/PA e Desafios da Intersectorialidade**

Belém – Pará
2013

Milanca Mancabú

**SAÚDE E SANEAMENTO: Doenças Causadas por Veiculação Hídrica nas Áreas Riacho
Doce Pantanal em Belém/PA e Desafios da Intersectorialidade**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós- Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, pela Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Nádia Socorro Fialho Nascimento
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Elvira Rocha de Sá

Belém – Pará
2013

Dados Internacionais de Catalogação – n a – Publicação (CIP)

Mancabú, Milanca, 1980-

Saúde e saneamento: doenças causadas por veiculação hídrica nas áreas Riacho Doce Pantanal em Belém/PA e desafios da intersetorialidade / Milanca Mancabú. - 2013.

Orientadora: Nádia Socorro Fialho Nascimento;

Coorientadora: Maria Elvira Rocha de Sá.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Belém, 2013.

1. Saneamento - Higiene pública - Belém (PA).

2. Política de Saúde - Belém (PA). 3. Água - consumo. I. Título.

CDD 23. ed. 363.72098115

Milanca Mancabú

SAÚDE E SANEAMENTO: Doenças Causadas por Veiculação Hídrica nas Áreas Riacho Doce Pantanal em Belém/PA e Desafios da Intersectorialidade

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós- Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, pela Universidade Federal do Pará.

Trabalho aprovado em: 14 de Agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Nádia Socorro Fialho Nascimento
Orientadora - ICSA/UFPA

Profa. Dra. Maria Elvira Rocha de Sá
Coorientadora - ICSA/UFPA

Profa. Dra. Joana Valente Santana
Examinadora Interna - ICSA/UFPA

Profa. Dra. Karla Tereza Silva Ribeiro
Examinadora Externa - ICB/UFPA

Belém – Pará
2013

*A minha querida Yasmin
que após um mês de nascimento
teve que dividir o meu tempo e
atenção com o Curso de Mestrado
em Serviço Social. Te amo muito.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida que me concedeu, pela saúde e por sempre acompanhar os meus passos mesmo nos momentos de desespero;

Ao Patrício, meu marido, pelo amor, companheirismo e inestimável apoio na correção, formatação impressão e layout desta dissertação.

À minha mãe Júlia Barai, pela dedicação aos meus estudos e pelo amor eterno;

Ao meu tio Padre Domingos da Fonseca, que contribuiu imensamente na minha formação acadêmica acreditando e incentivando desde pequena os meus estudos;

À minha tia Helena Barai, que me criou como uma filha, e sempre me apoiou em tudo, principalmente nos estudos;

Aos meus irmãos Nuno e Juracema, aos meus primos Adilson e Dionísio e às minhas primas Nélide e Melis, que sempre me deram força nesta longa e difícil caminhada aqui no Brasil;

À Professora Maria Elvira Rocha de Sá, minha orientadora, pelo incentivo à proposição do tema deste trabalho, pela disposição em me receber incontáveis vezes em sua casa para orientação e pela contribuição na minha formação acadêmica e profissional;

À Professora Nádia Socorro Fialho Nascimento, pela disponibilidade em contribuir no produto final desta dissertação e pela leveza e o bom humor de sempre na condução das orientações;

À Professora Joana Valente, pelas palavras de incentivo à conclusão desta dissertação;

Aos técnicos do Posto de Saúde do Programa Saúde da Família do Riacho Doce, pela receptividade, esclarecimentos e disposição em conceder as entrevistas colaborando na conclusão desta dissertação;

Aos moradores das áreas de Riacho Doce e Pantanal e da “ocupação” *Greenville*, por me receberem em suas casas e prontamente se disponibilizarem na concessão das entrevistas.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo a relação entre incidência de doenças causadas por veiculação hídrica e condições de saneamento básico existentes nas áreas Riacho Doce e Pantanal, localizadas no entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba em Belém/PA. Seu objetivo é analisar a relação entre incidência dessas doenças e condições sanitárias existentes nas áreas selecionadas e problematizar a intersectorialidade entre políticas públicas de saúde e saneamento. Seu percurso metodológico, fundamentado na teoria social crítica, abrangeu a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo. Na pesquisa bibliográfica foram abordados determinantes das desigualdades no processo de ocupação do espaço urbano e a consequente segregação social revelada pela degradação das condições de moradia no que concerne à negação de acesso a serviços públicos essenciais. Na pesquisa documental foram feitos levantamentos junto a órgãos federais, estaduais e municipais para identificação de marcos regulatórios (planos, leis, resoluções e normativas) referentes às políticas de saúde e saneamento. Dentre esses órgãos destacam-se a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA), a Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), o Ministério da Saúde (MS) e o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Na pesquisa de campo, de caráter qualitativo, foram realizadas 11 (onze) entrevistas semiestruturadas, sendo 7 (sete) com moradores e 4 (quatro) com técnicos que atuam nas áreas do Riacho Doce e Pantanal. Os resultados apontam que nas áreas mencionadas, marcadas pelas precárias condições de saneamento básico, o combate aos fatores de risco à propagação das doenças causadas por veiculação hídrica só pode ser concretizado mediante o uso da ferramenta da intersectorialidade no processo de gestão pública das políticas de saúde e saneamento.

Palavras-chaves: Doenças Causadas por Veiculação Hídrica; Política de Saúde; Política de Saneamento; Intersectorialidade.

ABSTRACT

This work aims to study the relationship between the incidence of diseases caused by hydric transmission and sanitation in existing areas of Riacho Doce and Pantanal, located around the Hydrographic Basin Tucunduba in Belém / PA. Its goal is to analyze the relationship between the incidence of these diseases and health conditions existing in the selected areas and discuss the intersectionality between public health policies and sanitation. His methodological approach, based on critical social theory encompassed literature, documentary research and field research. Literature search were discussed determinants of inequalities in the process of urban space occupation and the consequent social segregation revealed by degradation of living conditions in regard to the denial of access to essential public services. In documentary research surveys were made along the federal entities, state and municipal governments to identify regulatory frameworks (plans, laws, resolutions and regulations) regarding the policies of health and sanitation. Among these agencies highlights the City Department of Health (SESMA), the Department of Health (SESPA), the Ministry of Health (MOH) and the System Diseases Information and Notification (SINAN). In field research, of qualitative nature were conducted eleven (11) semistructured interviews, seven (7) with residents and four (4) with technicians working in the areas of Riacho Doce and Pantanal. The results show that in the mentioned areas, marked by poor sanitation conditions, addressing risk factors to the spread of diseases caused by hydric transmission can only be realized through the use of intersectorality tool in the process of management of public health policies and sanitation.

Key-words: Diseases Caused by Serving Hydro; Health Policy; Sanitation Policy; Intersectoriality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Gasto federal com saneamento, como proporção (%) de PIB Brasil (1995-2006).....	60
Figura 2: Moradores com acesso ao abastecimento de água e esgotamento sanitário no Brasil (1995-2006).	62
Figura 3: Gastos totais desembolsados em iniciativas de saneamento básico por Região do Brasil em 2010 (Em %).	64
Figura 4: Evolução da cobertura dos serviços de abastecimento de água por rede geral em áreas urbanas por Região - Brasil, 1991 a 2010 (%).	68
Figura 5: Evolução do percentual de domicílios particulares permanentes urbanos com acesso aos serviços de rede de esgotos ou fossa séptica por Região do Brasil - 1991 a 2010 (%).	69
Figura 6: Distribuição dos Casos Notificados e Hospitalizados de Dengue de acordo com a Idade no Brasil, 2002 – 2010.....	81
Figura 7: Mapa do Riacho Doce e Pantanal em Belém/PA.....	98
Figura 8: Áreas alagadas com presença de caramujos no Riacho Doce e Pantanal.	101
Figura 9: Casos positivos para <i>Schistosoma mansoni</i> segundo a faixa etária nas áreas de Riacho Doce e Pantanal.	104
Foto 1: Presença de Foco de Caramujos Transmissores da Esquistossomose pelo <i>Schistosoma mansoni</i> no Entorno de Residências do Riacho Doce.	101
Foto 2: Área Alagada no Riacho Doce com Foco de Caramujos Transmissores de <i>Schistosoma mansoni</i>	106
Foto 3: Concentração de lixo domiciliar no entorno do Igarapé Tucunduba.	113
Foto 4: Entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba.....	117
Foto 5: Foco de caramujos <i>Schistosoma mansoni</i> no entorno das residências na área de Riacho Doce.....	117

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Domicílios particulares permanentes com acesso aos serviços de abastecimento de água, segundo dados do Censo 2010, por situação do domicílio.	66
Tabela 2: Domicílios particulares permanentes com acesso aos serviços de esgotamento sanitário, segundo dados do Censo 2010, por situação do domicílio.	67
Tabela 3: Número Total de Casos de Doença Diarreica Aguda, Brasil, 2000 – 2011.	79
Tabela 4: Número Total de Casos confirmados e de óbitos por Esquistossomose no Brasil, 2000-2010.	80
Tabela 5: Taxa de internação por dengue e febre hemorrágica da dengue de acordo com a faixa etária, Brasil, 2002, 2008 e 2010.	81
Tabela 6: Total de domicílios particulares permanentes, segundo o tipo de esgotamento sanitário existente no município Belém/PA no ano de 2010.	94
Tabela 7: Domicílios particulares permanentes, segundo a forma de destino do lixo no município de Belém/PA no ano de 2010.	94
Tabela 8: Domicílios particulares permanentes, segundo a forma de abastecimento de água no município de Belém/PA no ano de 2010.	95
Tabela 9: Incidência de Doenças Causadas por Veiculação Hídrica no Município de Belém/PA 2000 - 2010.	96
Tabela 10: Quantidade de pacientes infectados pelo <i>Schistosoma mansoni</i> de 2005 – 2013 no Riacho Doce e Pantanal.	103
Quadro 1: Modelo de Gestão Plena da NOB (Atenção Básica e do Sistema Municipal).	75
Quadro 2: Constituição do PSF Riacho Doce/Pantanal	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	Agência de Desenvolvimento da Amazônia
ARN	Ácido Ribonucleico
BNH	Banco Nacional de Habitação
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Concessionárias Estaduais de Saneamento
CMN	Conselho Monetário Nacional
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DDA	Doença Diarreica Aguda
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MCMV	Programa Minha Casa Minha Vida
MNRU	Movimento Nacional pela Reforma Urbana
MPC	Modo de Produção Capitalista
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OGU	Orçamento Geral da União
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração de Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PNRH	Política Nacional de Recursos Hídricos
PNSB	Pesquisa Nacional de Saneamento Básico
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Parcerias Público-Privado
PROSAMIM	Programa de Saneamento Ambiental dos Igarapés Manaus
PSF	Programa Saúde da Família
SNIS	Sistema Nacional de Informações em Saneamento
SPVEA	Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	O ESTADO NO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA	19
2.1	ESTADO NO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO CAPITALISTA E A IMANÊNCIA DA SEGREGAÇÃO SOCIAL.....	19
2.2	RECONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA CONTEMPORANEIDADE	28
2.3	URBANIZAÇÃO NO BRASIL E NA AMAZÔNIA	34
3	POLÍTICAS DE SAÚDE E SANEAMENTO NO BRASIL, SOB A ÓTICA DA INTERSETORIALIDADE	48
3.1	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	48
3.2	POLÍTICA DE SANEAMENTO NO BRASIL	56
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SANEAMENTO SOB A ÓTICA DA INTERSETORIALIDADE.....	73
4	CONDIÇÕES DE SANEAMENTO E DOENÇAS CAUSADAS POR VEICULAÇÃO HÍDRICA NAS ÁREAS RIACHO DOCE E PANTANAL NA BACIA HIDROGRÁFICA DO TUCUNDUBA/BELÉM/PA.....	87
4.1	PROCESSO DE OCUPAÇÃO E CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE BELÉM/PA	87
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS RIACHO DOCE E PANTANAL DA BACIA HIDROGRÁFICA DO TUCUNDUBA	97
4.3	CONDIÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO NO RIACHO DOCE E PANTANAL NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	106
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
	APÊNDICES	139
	APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	140
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	143

APENDICE C – AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A ARQUIVO.....	144
APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA.....	145
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MORADORES	146
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES PÚBLICOS	147

1 INTRODUÇÃO

A dinâmica do modo de produção capitalista produziu um forte adensamento populacional e profundas alterações na estrutura socioespacial da cidade. A criação das condições necessárias à acumulação capitalista na sociedade moderna, ou seja, a implementação de infraestrutura física e social e a criação de condições gerais de produção e reprodução do capital e da força de trabalho produzem impactos nas condições de vida da classe trabalhadora. As contradições geradas na disposição dos aparatos infraestruturais, originadas a partir da relação capital e trabalho na cidade, vão propiciar a imanência da segregação social revelada em profundos níveis de desigualdade social que se expressam nas condições de moradia.

As questões apontadas acima se reproduzem na cidade de Belém/PA, extremo Norte do Brasil, onde se vivenciam as tendências de produção da cidade capitalista, ao reproduzir as desigualdades nos ganhos da riqueza socialmente produzida, no acesso aos equipamentos urbanos e na ampliação da pobreza. A capital do estado do Pará, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) apresenta um número de domicílios particulares ocupados, considerados como “aglomerados subnormais”, correspondente a 193.557 unidades. Segundo o IBGE (2012), Belém é a cidade com mais de um milhão de habitante que apresenta o pior índice de esgotamento sanitário a céu aberto no entorno de domicílios (44,5%) e de lixo acumulado nos logradouros (10,4%), onde estão localizados os domicílios particulares permanentes. Segundo o Instituto Trata Brasil (2012), Belém ocupa a 95ª posição entre os 100 maiores municípios brasileiros avaliados em relação ao serviço de coleta e tratamento de esgoto.

A partir das reflexões expostas acima este estudo centrou-se na incidência de doenças de veiculação hídrica, diretamente relacionadas à insuficiência daqueles serviços, que impactam na qualidade de vida da população. A relação entre saúde e saneamento, enquanto políticas públicas remete aos desafios para a consolidação da intersetorialidade como ferramenta de operacionalização prevista na legislação específica. A concretização da intersetorialidade pode contribuir na universalização dos serviços de saneamento (abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de lixo e drenagem das águas) e na prevenção de doenças, com destaque para aquelas causadas por veiculação hídrica.

O *locus* desse estudo está circunscrito às áreas do Riacho Doce e Pantanal, localizadas nos bairros do Guamá e Terra Firme, no entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba no município de Belém/PA. A Bacia do Tucunduba apresenta uma grande precariedade infraestrutural e

socioeconômica. A grande carência por serviços de saneamento básico e de infraestrutura urbana - como água imprópria para consumo, áreas alagadas e esgoto a céu aberto -, submetem a maioria da população residente nestas áreas à graves fatores de risco ao adoecimento.

Neste trabalho aborda-se a distribuição desigual do acesso aos equipamentos e serviços públicos urbanos na cidade e de como os espaços destituídos desses equipamentos se tornam vulneráveis à propagação de doenças de veiculação hídrica. Essas doenças apresentam-se como problema sério de saúde pública em países em desenvolvimento e, a saúde dessas populações está diretamente relacionada com a precariedade de serviços de saneamento básico e a consequente degradação ambiental. Os impactos da falta desses serviços refletem na incapacidade ou impossibilidade de diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, particularmente aquelas causadas por veiculação hídrica como a dengue, a esquistossomose, a leptospirose, doenças diarreicas agudas e a hepatite A.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde - OMS (2008), 65% das doenças no Brasil são causadas pela falta de saneamento e a cada 01 (um) real investido em saneamento, em um período de 10 (dez) anos, são economizados 4 (quatro) reais em gastos na saúde pública. A OMS relata ainda que mais de um terço de óbitos dos países em desenvolvimento é causado pelo consumo de água contaminada e, em média, até um décimo do tempo produtivo de cada pessoa nesses países se perde por causa de doenças relacionadas à água.

As ações de saneamento são consideradas preventivas para a saúde humana e o acesso aos serviços de saneamento deve ser tratado como um direito do cidadão, fundamental para a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2009). Portanto, as propostas de operacionalização intersetorial entre as políticas de saúde e saneamento se destacam em vários segmentos da sociedade – desde o meio acadêmico, a sociedade civil organizada através dos movimentos sociais, os meios de comunicação, instituições governamentais e organizações não governamentais, de âmbito local, regional, nacional e internacional -, com vistas à melhoria de saúde da população e de suas condições de vida.

O paradigma da promoção da saúde reatualiza a importância da gestão pública intersetorial operacionalizada pela interface de campos diferenciados de conhecimento de modo a contribuir para a análise e intervenção sobre determinantes socioambientais dos processos saúde-doença. A intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e saneamento contribui para

prevenção e controle de doenças que têm como causa principal a falta de saneamento, bem como a promoção da saúde e de condições satisfatórias de qualidade de vida dos cidadãos.

De acordo com Machado (2004), a falta de gestão intersetorial entre as esferas governamentais representa um grande risco à saúde urbana, uma vez que nem sempre as iniciativas locais caminham ao lado das iniciativas regionais ou federais. A articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só (GIOVANELLA et al., 2009, p. 784).

As inquietações que levaram à proposição deste trabalho foram decorrentes da elaboração da monografia do Curso de Especialização em Saúde Pública¹ e da inserção como aluna especial no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na disciplina optativa “Políticas Urbanas, Movimentos Sociais e Serviço Social na Amazônia” e pelas observações e questionamentos dali decorrentes.

A partir do objeto de estudo, a pesquisa objetivou analisar a relação entre a incidência das doenças causadas por veiculação hídrica e as condições sanitárias existentes nas áreas selecionadas, problematizando a intersetorialidade entre políticas públicas de saúde e saneamento.

Para observação, análise e interpretação do objeto de estudo, a pesquisa fundamentou-se na teoria social crítica, enquanto referencial teórico-metodológico que permite analisar a realidade social em sua totalidade, apreendendo os determinantes políticos, econômicos e socioculturais que a compõem.

O percurso teórico-metodológico da pesquisa compreendeu, na sua primeira etapa, a revisão bibliográfica para atualização das proposições teóricas no que concerne à análise do processo de urbanização capitalista, do Estado e das políticas públicas, particularmente, as de saúde e saneamento, bem como a relação entre doenças de veiculação hídrica e as condições de saneamento. Na segunda etapa realizou-se a pesquisa documental em órgãos públicos federais, estaduais e municipais para identificação de marcos regulatórios (planos, leis, resoluções e normativas) referentes às políticas de saúde e saneamento. A coleta de dados secundários visou o levantamento da situação dos serviços de saneamento e da incidência de doenças causadas por veiculação hídrica no município de Belém/PA no período de 2000 a 2010. Entre esses órgãos

¹ Monografia apresentada ao final do Curso de Especialização em Saúde Pública, coordenado pela Coordenação de

destacam-se: a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e a Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). Na esfera federal, foram consultados os dados do Ministério da Saúde (MS) disponíveis no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e pelos dados disponíveis no Censo Demográfico de 2010, realizados pelo IBGE.

A pesquisa empírica, de natureza qualitativa, priorizou a realização de 11 (onze) entrevistas semiestruturadas, realizadas com 7 (sete) moradores e 4 (quatro) técnicos que atuam nas áreas do Riacho Doce e Pantanal. Os entrevistados foram escolhidos conforme a acessibilidade e disponibilidade, objetivando relatos da situação de saneamento básico e sua relação com a saúde dos moradores. Buscou-se identificar a (in) existência de serviços de saneamento (acesso ao esgoto sanitário, à coleta de lixo, ao abastecimento de água e à drenagem pluvial) e sua relação para prevenção e controle de doenças causadas por veiculação hídrica. A pesquisa empírica foi complementada por registros fotográficos dos locais de residência dos sujeitos entrevistados.

Para a apresentação dos relatos dos entrevistados, obtidos com uso de gravador, utilizou-se a terminologia “morador (a)”, seguida de uma letra do alfabeto e do tempo de residência no local. E para identificação dos técnicos do Programa Saúde da Família do Riacho Doce e Pantanal (PSF/ Riacho Doce e Pantanal), utilizaram-se as terminologias “técnico” e “ACS”, seguida de duas letras e do tempo de atuação no PSF/Riacho Doce e Pantanal). A decisão de se referir aos entrevistados por letras aleatórias visa a preservação de suas identidades honrando os compromissos assumidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE e das normas de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, ambos os documentos em anexo neste trabalho. Cabe ressaltar que durante a exploração das falas dos entrevistados, a identificação dos mesmos foi feita aleatoriamente, através de combinação de letras, não correspondendo as mesmas as iniciais dos nomes dos entrevistados, para manter o sigilo das identidades.

Para sua apresentação, esta dissertação está organizada em 4 (quatro) capítulos, sendo o primeiro a Introdução, ora apresentada. O capítulo II aborda a inserção do Estado na dinâmica da urbanização, na produção e reprodução da cidade capitalista e os processos relacionados à segregação social enquanto fenômeno intrínseco ao modo de acumulação capitalista que privilegia o acesso diferenciado aos bens e serviços de infraestrutura urbana socialmente produzidos. Analisam-se também os processos de reconfiguração das políticas públicas no

contexto de crise da acumulação capitalista, bem como os processos econômicos e políticos contemporâneos que impactam a urbanização no Brasil e na Amazônia. Toma-se como base teórica os autores da corrente marxiana e marxista, dentre os quais se destacam Friedrich Engels, David Harvey, Jean Lojkine, Edmond Préteceille, Henri Lefebvre. Para a análise do processo de urbanização no Brasil e na Amazônia, os autores que mais contribuíram para o debate foram Aluísio Leal, Ermínia Maricato, Fiorelo Picoli, Milton Santos e Nádia Fialho.

No capítulo III são abordadas questões relacionadas às políticas de saúde e de saneamento no Brasil, com ênfase em proposições governamentais de ações intersetoriais para a implementação dessas políticas públicas. Dentre os autores que constituem a base teórica para esta análise ressaltam-se Aldaíza Sposati, Ana Cristina Augusto de Sousa e Maria Inês Bravo.

No capítulo IV apresentam-se dados secundários sobre os serviços de saneamento e a incidência de doenças de veiculação hídrica no município de Belém, dando ênfase às áreas de Riacho Doce e Pantanal, enquanto áreas endêmicas de esquistossomose e os depoimentos dos moradores das áreas estudadas sobre a situação de saúde e de saneamento. Os principais autores que embasam esta análise são Edmilson Rodrigues, Maria das Dores Soares Machado, Maria José Barbosa e Saint Clair Trindade Junior.

Ao final são apresentadas Considerações Finais indicando que nas áreas de Riacho Doce e Pantanal, marcadas pelas precárias condições de saneamento básico, o combate dos fatores de riscos à propagação das doenças causadas por veiculação hídrica se constitui num desafio que só pode ser concretizado mediante a intersetorialidade entre as políticas de saneamento e saúde.

2 O ESTADO NO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA

Para a compreensão das políticas públicas de saúde e saneamento é imprescindível a análise da dinâmica do Estado no processo de urbanização capitalista e sua configuração na contemporaneidade. Desse modo, torna-se fundamental o entendimento da dinâmica do próprio modo de produção capitalista e suas consequências no acirramento das contradições que se estabelecem nesse modelo de sociedade. O presente capítulo está estruturado em 3 (três) itens: o primeiro item aborda a inserção do Estado na dinâmica da urbanização sob a égide do capital na produção e reprodução da cidade capitalista e os processos relacionados à segregação social como fenômeno intrínseco ao modo de acumulação capitalista que privilegia o acesso diferenciado aos bens e serviços de infraestrutura urbana socialmente produzidos. Toma-se como base teórica os autores da corrente marxiana e marxista, dentre os quais se destacam, Karl Marx, Friedrich Engels, Jean Lojkin, Préteceille, Lefebvre. Ao longo do segundo item faz-se uma abordagem acerca dos processos de reconfiguração das políticas públicas no contexto de crise da acumulação capitalista, com ênfase em determinantes da globalização e financeirização do capital. O terceiro item aborda processos econômicos e políticos contemporâneos que impactam a urbanização no Brasil e na Amazônia.

2.1 ESTADO NO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO CAPITALISTA E A IMANÊNCIA DA SEGREGAÇÃO SOCIAL

Toma-se inicialmente como base teórica para análise das contradições que imperam no modo de produção capitalista a obra de Friedrich Engels (1975) intitulada “*A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*”. No seu estudo sobre a origem do Estado o autor mostra que sua existência não é eterna, uma vez que existiram sociedades que se organizaram sem ele. O Estado nasce quando o desenvolvimento econômico atinge certo grau dividindo a sociedade em classes.

O Estado não é pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é ‘a realidade da ideia moral’, nem ‘a imagem e a realidade da razão’, como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que esta sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas, para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da

“ordem”. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado (ENGELS, 1975, p. 191).

Ele nasce da necessidade de conter o antagonismo entre as classes sociais e de mediar os seus conflitos, mas via de regra, esse Estado vai sempre defender os interesses da classe economicamente dominante. Assim, o Estado antigo foi, sobretudo, o Estado dos senhores dos escravos para mantê-los subjugados; o Estado feudal foi o órgão de que a nobreza se apropriou para manter a submissão e dependência dos servos e camponeses; e o chamado Estado moderno é um dos instrumentos utilizados pelo capital para explorar o trabalho assalariado (ENGELS, 1975, p. 193 - 194).

Ao analisar a intervenção do Estado na urbanização capitalista Lojkine afirma que,

a intervenção estatal é a forma mais elaborada, mais desenvolvida, da resposta capitalista à necessidade de socialização das forças produtivas.[...] As políticas urbanas dos Estados capitalistas: são “contratendências” produzidas pelo próprio Modo de Produção Capitalista (MPC) para regular, atenuar os efeitos negativos - no nível do funcionamento global das formações sociais - da segregação e da mutilação capitalistas dos equipamentos urbanos (LOJKINE, 1997, p. 190 - 191).

Lojkine relaciona a cidade com o processo de produção, a partir dos vínculos que ligam os diferentes modos de socialização do consumo e da circulação com o espaço, adotando a definição de cidade como exposta por Marx e Engels em “*A Ideologia Alemã*” “a aglomeração da população, dos instrumentos de produção, do capital, dos prazeres e das necessidades” (MARX; ENGELS, 1974, p. 56).

Nesta obra, os autores fazem alusão à importância do urbano, quando assinalam que a mais importante divisão do trabalho físico e intelectual é a separação entre cidade e campo e esta situação começa com o trânsito da barbárie à civilização, do regime tribal ao Estado, da localidade à nação e se mantém em toda a história da civilização até nossos dias. A propriedade privada exerce uma função importante na divisão social do trabalho, que engendra as distinções entre classes sociais e, ao mesmo tempo, se revela na materialidade da chamada explosão urbana: “A contraposição entre a cidade e o campo só pode se dar na propriedade privada” (MARX; ENGELS, 1974, p. 56).

Harvey (2005), também ao tratar da concepção do Estado mostra que ele sempre esteve presente no funcionamento da sociedade capitalista, apenas suas formas e modos de funcionamento mudaram conforme o capitalismo amadurecia. Salienta o autor que sob o

capitalismo, a fonte permanente de preocupação envolve a criação das infraestruturas sociais e físicas que sustentam a circulação da força de trabalho e do capital.

É difícil imaginar o nascimento do capitalismo sem o exercício do poder estatal e sem a criação de instituições estatais, que preparam o terreno para a emergência das relações sociais capitalistas inteiramente desenvolvidos. Contudo, estamos seduzidos pela imagem de uma base econômica e tendemos a pensar a respeito do Estado num papel totalmente passivo em relação à história capitalista do trabalho (HARVEY, 2005, p. 92).

Ou seja, a sobrevivência do capitalismo se funda na vitalidade permanente de circulação de capital, revelado pelo avanço da industrialização ao requerer a implementação de infraestrutura física e a criação de condições gerais de produção e reprodução do capital e da força de trabalho.

Lojkine (1997), ao desenvolver sua tese sobre a intervenção estatal no processo de urbanização capitalista, parte do pressuposto de que esta intervenção ocorre de forma contraditória no processo de socialização das condições gerais de produção e reprodução do capital e da força de trabalho. Neste sentido,

reduzir a intervenção estatal a um simples mecanismo 'de adaptação' funcional da estrutura capitalista às contradições sociais que ela engendra é esquecer o caráter contraditório, no âmbito do MPC, do desenvolvimento do conjunto das condições gerais da produção: à necessidade de desenvolver a socialização das forças produtivas materiais e humanas responde a necessidade oposta, que o capitalismo tem, de subordinar o crescimento econômico unicamente à valorização do capital (LOJKINE, 1997, p. 192 - 193).

Harvey complementa esta tese de Lojkine ao constatar que,

o Estado na sua forma de democracia social burguesa se organiza para satisfação das exigências formais do modo de produção capitalista, incorporando uma forte defesa ideológica e legal da igualdade, da mobilidade e da liberdade dos indivíduos, ao mesmo tempo em que é muitíssimo protetor do direito da propriedade e da relação básica entre capital e trabalho (HARVEY, 2005, p. 86).

Para Lojkine (1997), o papel do Estado na urbanização capitalista é o de agente principal da distribuição social e espacial dos equipamentos urbanos para diferentes classes e frações de classe. Nesta lógica a segregação social reflete a forma contraditória de distribuição destes equipamentos. A sua subordinação ao capital, em lugar de unificar o aparelho de Estado, contribui para agravar as contradições entre estruturas organizativas estatais e seus gestores, que exercem funções sociais contraditórias. Ao analisar o contexto institucional da França no final da

década de 1960 e início da década de 1970, Lojkin constata que alguns aparelhos do Estado central ou locais se subordinam ao financiamento das condições gerais de produção e reprodução do capital, enquanto outros se vinculam ao financiamento público da reprodução coletiva da força de trabalho.

Ainda segundo o mesmo autor, a intervenção estatal sobre o urbano longe de suprimir a contradição entre meios de reprodução do capital e meios de reprodução da força de trabalho, vai exacerbá-la, tornando-se um instrumento de seleção e de dissociação sistemática dos diferentes tipos de equipamentos urbanos, de acordo com seu grau de rentabilidade e de utilidade imediata para o capital. Portanto, esta intervenção estatal não é um instrumento de regulação ou de gestão das contradições de classe, mas sim um elemento de agravamento e exacerbação da contradição principal gerada pelo antagonismo de classes revelada, segundo esse autor, pela seguinte constatação:

A socialização estatal da reprodução da força de trabalho, bem como da reprodução dos meios de comunicação e de aglomeração espacial conservará, pois todas as taras da relação social capitalista. Longe de suprimir a contradição entre meios de reprodução do capital e meios de reprodução da força de trabalho, a política urbana vai exacerbá-la, tornando-se um instrumento de seleção e de dissociação sistemática dos diferentes tipos de equipamento urbano, de acordo com seu grau de rentabilidade e de utilidade imediata para o capital (LOJKINE, 1997, p. 192 - 193).

As formas de urbanização são formas da divisão social (e territorial) do trabalho, e estão no centro da contradição entre as novas exigências do progresso técnico e as leis de acumulação do capital. Assim, o autor afirma que,

não considerar a urbanização como elemento-chave das relações de produção, reduzi-la ao domínio do 'consumo', do 'não trabalho', opor reprodução da força de trabalho - pela urbanização - a dispêndio do trabalho vivo - na empresa - é, ao contrário, retomar um dos temas dominantes da ideologia burguesa segundo a qual só é 'produtiva' a atividade de produção de mais-valia. Ora, a nosso ver, as formas contraditórias do desenvolvimento urbano, do modo como são refletidas e acentuadas pela política estatal, são justamente a revelação do caráter ultrapassado da maneira capitalista de medir a rentabilidade social através apenas da acumulação do trabalho morto (LOJKINE, 1997, p. 144).

O autor ainda salienta que a cidade não é de modo algum um fenômeno autônomo sujeito a leis de desenvolvimento distintas das leis de acumulação capitalista: não se pode dissociá-la da tendência que o capital tem de aumentar a produtividade do trabalho pela socialização das condições gerais de produção, das quais a urbanização é componente essencial.

A cidade compreende a dupla acepção (restrita e ampliada) da produção, pois é o lugar onde se produzem as diversas obras, necessidades e prazeres, como também é o lugar onde são produzidos e trocados os bens, onde são consumidos. As cidades produziram a burguesia assim como os primeiros proletários, tomando como ponto de referência o processo da divisão do trabalho (LEFEVBRE, 1999). A produção não se limita à atividade de fabricação de coisas para trocá-las. Em sentido amplo ela implica e compreende produção de ideias, das representações, da linguagem. A produção não deixa nada fora dela, nada do que é humano. Há produção de obras, de ideias, de aparente espiritualidade e há produção de bens, de alimentação, de vestuário, de habitação, de coisas. É como se a cidade reunisse efetiva e concretamente essas duas acepções do termo produção².

Assim, segundo Lefebvre (1991), o processo de urbanização é incontestavelmente um dos principais motores das transformações na sociedade. A industrialização caracteriza a sociedade moderna e fornece o ponto de partida da reflexão sobre nossa época, tendo a cidade desempenhado um papel importante na arrancada da indústria. As concentrações urbanas acompanharam as concentrações de capitais no sentido de Marx. Tem-se um processo duplo: industrialização e urbanização, crescimento e desenvolvimento, produção econômica e vida social, sendo 2 (dois) aspectos inseparáveis e, no entanto, conflitantes deste processo.

No mesmo sentido, Lojkine salienta que,

o que vai caracterizar duplamente a cidade capitalista é, de um lado, a crescente concentração dos 'meios de consumo coletivos' que vão criar pouco a pouco um modo de vida, novas necessidades e, de outro, o modo de aglomeração específica do conjunto dos meios de reprodução (do capital e da força de trabalho) que vai tornar, por si mesmo, condições sempre mais determinantes do desenvolvimento econômico (LOJKINE, 1997, p. 146).

Nesse sentido, a cidade capitalista vai revelar a contradição central no acesso aos meios de reprodução entre o capital e a força de trabalho nesse modo de produção, e sua relação com as condições de moradia, de saúde e de vida dos trabalhadores desde os primórdios da Revolução

² A acepção ampla, herdada da filosofia. Produção significa criação e se aplica à arte, à ciência, às instituições, ao próprio Estado, assim como às atividades geralmente designadas "práticas". A divisão do trabalho que fragmenta a produção e faz com que o processo escape à consciência é ela mesma uma produção, como a consciência e a linguagem. A natureza, ela própria transformada, é produzida; o mundo sensível, que parece dado, é criado; a acepção estrita, precisa, embora reduzida e redutora, herdada dos economistas (Adam Smith, Ricardo), mas modificada pela contribuição de uma concepção global, a história. [...] No sentido amplo, há a produção de obras, de ideias, de 'espiritualidade' aparente, em resumo, de tudo que faz uma sociedade e uma civilização. No sentido estrito, há a produção de bens, de alimentação, de vestuário, de habitação, de coisas (LEFEVBRE, 1999).

Industrial na Inglaterra. Partindo dessa constatação Engels (2008), em sua obra “*A situação da Classe trabalhadora em Inglaterra*”, publicada em 1845, descreve as cidades inglesas da segunda metade do século XIX, assinalando que,

os primeiros proletários surgiram com a indústria. [...] o movimento operário evolui pari passu com o movimento industrial. [...] o grande estabelecimento industrial demanda muitos operários, que trabalham em conjunto numa mesma edificação; eles devem morar próximo e juntos - e por isso, onde surge uma fábrica de médio porte, logo se ergue uma vila. [...] assim, da vila nasce uma pequena cidade e da pequena cidade, uma grande cidade (ENGELS, 2008, p. 63 - 64).

Engels ao contextualizar a questão da habitação, especificamente, sobre o sistema de organização das habitações coletivas operárias na cidade de Londres salienta que,

a solução burguesa da questão da habitação, confessadamente, falhou: ela chocou-se com a oposição entre cidade e campo. [...] Não é a solução da questão da habitação que imediatamente resolve a questão social, mas é a solução da questão social, isto é, a abolição do modo de produção capitalista, que tornará possível a solução da questão da habitação (ENGELS, 1988, p. 45).

Na mesma direção, Thompson (1988) ao realizar um estudo específico sobre a vida dos trabalhadores no século XIX, durante a Revolução Industrial registra que,

as condições gerais nas grandes cidades pareciam (e eram efetivamente) mais repugnantes e inconvenientes. Nas vilas, a água de um poço próximo ao cemitério podia ser impura, mas, pelo menos, seus habitantes não tinham de se levantar à noite para entrar numa fila diante da única bica que servia a várias ruas, nem tinham de pagar por ela. Os habitantes das cidades industriais tinham frequentemente de suportar o mau cheiro do lixo industrial e dos esgotos a céu aberto, enquanto seus filhos brincavam entre detritos e montes de esterco. [...] A deterioração do ambiente urbano parece-nos hoje [...] uma das mais desastrosas consequências da Revolução Industrial, sob vários pontos de vista: a estética, as comodidades da população, o saneamento e a densidade demográfica (THOMPSON, 1988, p. 185).

Engels (1988), na sua obra “*A Questão da Habitação*”, mostra ainda que o interesse da burguesia emergente em solucionar as condições precárias de moradia e da saúde dos seus operários é determinado, de um lado, pelo risco da propagação que as doenças que se manifestam atinjam aos seus componentes e, de outro, pelas iminentes perdas por morte dos próprios operários. Engels (1988) constata que na segunda metade do século XIX,

as modernas ciências naturais provaram que os chamados “bairros feios” onde se amontoam os trabalhadores são os centros de todas as epidemias que periodicamente experimentam as nossas cidades. Os germes da cólera, de tifo e de febre tifoide, varíola e de outras doenças devastadoras espalham-se no ar pestilento e nas águas contaminadas destes bairros operários; daí eles jamais desaparecem completamente, desenvolvendo-se

desde que as circunstâncias sejam favoráveis e provocando epidemias, que então se propagam dos seus lares até os bairros mais arejados e mais sadios dos senhores capitalistas. Estes não poderiam permitir-se impunemente o prazer de gerar epidemias entre a classe operária, pois eles sofreriam as consequências; o anjo exterminador os maltrataria tão cruelmente como aos trabalhadores (ENGELS, 1988, p. 35).

Essa lógica da segregação social no espaço urbano se observa com relação a diferentes aspectos: habitação/moradia, utilização de equipamentos coletivos e acesso ao transporte coletivo. Nessa lógica segregativa, determinada pela prevalência do processo de acumulação do capital, encontram-se os processos de gênese e amadurecimento da cidade capitalista e sua relação com as condições de moradia, de saúde, de trabalho e de vida dos trabalhadores, desde os primórdios da Revolução Industrial na Inglaterra, no século XIX.

Conforme Santos Júnior (1995), o fenômeno urbano só passa a ser objeto de estudos com o surgimento no cenário europeu, principalmente, na Inglaterra, da chamada “questão social”³. As contradições de classes estabelecidas desde o período da Revolução Industrial vão exigir do Estado respostas via implantação de políticas públicas. Nesse contexto, o planejamento urbano adotado passa a constituir-se como uma resposta técnica visando a intervenção na cidade (ou nos problemas urbanos).

Lojkin (1997) salienta que um dos aspectos da relação entre urbanização e acumulação capitalista é o desenvolvimento da aglomeração urbana determinado pela tendência constante do capitalismo em diminuir o tempo de produção e o tempo de circulação do capital. Para Lojkin, tanto a elevação da taxa de mais-valia, quanto a socialização contraditória das condições gerais de produção estão inseridas na dinâmica de contraposição à tendência de queda da taxa do lucro.

Harvey (2005) expõe que toda forma de mobilidade geográfica do capital requer infraestruturas espaciais fixas e seguras para funcionar efetivamente. A capacidade de movimentar a moeda ao redor do mundo exige não apenas sistemas de telecomunicações bem organizados, mas o amparo seguro do sistema de crédito pelas instituições públicas, financeiras e jurídicas. O autor prossegue enfocando que a capacidade de mover mercadorias depende da

³ Paulo Netto (2006, p. 152) explica que o uso das aspas se dá devido ao fato que a expressão “questão social” não é semanticamente unívoca; ao contrário, registram-se em torno dela compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas. (IAMAMOTO, 2006, p. 27) explica a “questão social” como o conjunto das “expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada por uma parte da sociedade, aumentando ainda mais a segregação, as desigualdades sociais”.

construção de sistemas de transportes sofisticados, eficientes e estáveis, amparados pelo conjunto de infraestruturas sociais e físicas, facilitando e assegurando a troca.

Para assegurar uma força de trabalho estável e confiável, os capitalistas individuais talvez apoiem ativamente processos básicos de reprodução social (educação, religião, saúde, serviços sociais, inclusive previdência) criados para produção e preservação da força de trabalho de determinada quantidade e qualidade em certo território. [...] A capacidade de dominar o espaço implica na produção de espaço. No entanto, as infraestruturas necessárias absorvem capital e força de trabalho na sua produção e manutenção (HARVEY, 2005, p. 146).

Em sua análise, Lojkine (1997) mostra que as relações da produção capitalista com a indústria moderna provocam, de um lado, uma tendência crescente à aglomeração urbana e, de outro, imprimem uma tripla limitação à qualquer organização racional, socializada, do planejamento urbano⁴.

O autor concebe que a contradição gerada pela implantação espacial das grandes firmas capitalistas com as necessidades tecnológicas e sociais representa um entrave a um “verdadeiro planejamento territorial”. Esse planejamento é concebido pelo autor como superação da “concorrência anárquica entre os diferentes agentes que ocupam ou transformam o espaço urbano” levando a uma “cooperação desenvolvida em termos de território nacional”, constatando que,

a divisão social do trabalho, sob o efeito da acumulação capitalista, engendra 2 (dois) fenômenos espaciais contraditórios mas que decorrem simultaneamente de uma busca comum pelas firmas capitalistas de uma implantação que lhes permita fazer a economia máxima das falsas despesas de produção. O subdesenvolvimento crescente das regiões menos equipadas em infraestruturas urbanas (meios de circulação materiais e meios de consumo coletivos) e, por outro, o congestionamento urbano, a gigantesca aglomeração de “megalópoles”, onde já estão concentrados os mais variados e densos meios de comunicação e de consumo coletivo. Aglomerações no interior das quais se reproduzirá o mesmo processo de diferenciação espacial entre zonas mais bem equipadas que serão cada vez mais - centros de negócios, zonas residenciais das classes dominantes - e as zonas menos equipadas, cuja distância em relação às primeiras tende sempre a crescer (LOJKINE, 1997, p. 185).

A segregação social foi utilizada como categoria sociológica pela Escola de Sociologia Urbana Francesa, enquanto ferramenta para compreensão dos processos desiguais e

⁴ Lojkine apresenta 3 (três) limites que estão ligados: 1) ao financiamento dos diferentes elementos que conferem à vida urbana capitalista o caráter que lhe é próprio; 2) à divisão social do trabalho no conjunto do território e, por conseguinte, à concorrência anárquica entre os diferentes agentes que ocupam ou transformam o espaço urbano; 3) àquele proveniente da própria propriedade privada do solo (LOJKINE, 1997, p. 175). Em que pesa a importância desse tema, ele não será aprofundado nos limites dessa dissertação. Para mais informações ver: LOJKINE, Jean. O Estado Capitalista e a Questão Urbana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

contraditórios da urbanização capitalista, assim sendo, a segregação social resulta das contradições das relações sociais que se estabelecem nas lutas de classe no sistema capitalista, manifestadas na organização e estruturação do espaço urbano.

Preteceille (2004), ao questionar a retórica de que as políticas urbanas, na maioria dos países, promovem cidades menos desiguais, menos fragmentadas em espaços sociais separados e suscetíveis de se construir comunidades antagônicas, salienta que quando essas políticas são implementadas e são observadas mais de perto, as diferenças são muito importantes, tanto na intensidade das ações conduzidas, quanto nas orientações e direcionamentos destas. A fragmentação e a desigualdade reveladas nestes processos de segregação social são demonstradas pela amplitude das diferenças no acesso às políticas urbanas, pela distribuição desigual de bens socialmente produzidos e pela baixa resolutibilidade das desigualdades urbanas nas ações públicas implementadas. No limite, a superação das desigualdades de classe e do antagonismo entre classes sociais engendradas pelo modo de produção capitalista no espaço urbano - revelada por processos exacerbados de segregação social - ocorrerá pela superação do próprio sistema capitalista.

Lojkine distingue 3 (três) tipos principais de segregação urbana: 1) uma oposição entre o centro, onde o preço de solo é mais alto, e a periferia. O papel dos efeitos da aglomeração explica, a importância dessa “renda de acordo com a localização; 2) uma separação crescente entre as zonas e moradias reservadas às camadas sociais mais privilegiadas e as zonas de moradia popular; e 3) um esfacelamento generalizado das “funções urbanas”, disseminadas em zonas geograficamente distintas e cada vez mais especializadas: zonas de escritórios, zona industrial, zona de moradia etc. É o que a política urbana de corte capitalista sistematizou ou racionalizou sob o nome de zoneamento⁵ (LOJKINE, 1997).

A segregação do espaço urbano é assim, determinada pela divisão do trabalho, ou seja, resulta da lógica de reprodução do capital que concentra contraditoriamente os equipamentos e infraestruturas na cidade de modo a alavancar o desenvolvimento do capital. A segregação social expressa em distribuição socioespacial das classes sociais em determinados espaços dentro da cidade, condicionando o afastamento ou isolamento de classe com menor poder aquisitivo para

⁵ Zoneamento como ferramenta de ordenamento territorial acaba por reproduzir os interesses da acumulação do capital. Ver: LOJKINE, Jean. O Estado Capitalista e a Questão Urbana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

regiões com menos infraestrutura e determinando localização residencial e a forma de acesso aos serviços e bens socialmente produzidos.

2.2 RECONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA CONTEMPORANEIDADE

As primeiras iniciativas de políticas sociais podem ser entendidas na relação de continuidade entre o Estado liberal ⁶ e o Estado social ⁷, uma vez que, segundo Behring e Boschetti (2011), não houve uma ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado social capitalista do século XX. Para as autoras, o que houve foi uma mudança profunda na perspectiva do Estado, que abrandou seus pilares liberais e incorporou princípios socialdemocratas num novo contexto socioeconômico e de lutas de classe, assumindo um caráter mais social, com investimentos nas chamadas políticas sociais.

Segundo Duriguetto (2007), a “estratégia fordista/keynesiana”, característica do início do século XX no contexto do capitalismo monopolista se articula com o regime do *Welfare State*. O fordismo significou uma nova forma de organização e gerenciamento da produção articulada a um novo tipo de regulação social operado pelo aparato estatal que passa a combinar um alto grau de intervenção no financiamento e na regulação do crescimento econômico, voltado para a garantia dos superlucros dos monopólios com a função de legitimação social via incorporação das demandas sociais dos trabalhadores. Ou seja, o Estado para se legitimar “politicamente” passa a alargar sua base de sustentação sociopolítica através da incorporação de direitos políticos sociais demandados pelo processo organizativo reivindicativo do conjunto dos trabalhadores. O keynesianismo implantado nos países da Europa Central após a Segunda Guerra Mundial reuniu a alta taxa de produção e lucro com regulação do mercado pelo Estado e a absorção das demandas dos trabalhadores por meio de políticas universais e de pleno emprego (DURIGUETTO, 2007). Essa regulação social não significa que o regime do *Welfare State* tenha sido produto introduzido

⁶ O liberalismo é alimentado pela tese de Adam Smith (1723-1790) e aprofundado por David Ricardo (1772-1823) que formula a justificativa econômica baseada na necessária e incessante busca do interesse individual, introduz a tese que vai sustentar o Estado liberal: cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, ou atuando junto a uma coletividade de indivíduos, maximizaria o bem coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que asseguraria o bem-estar e é a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

⁷ O Estado de Bem-Estar-Social ou *Welfare State* foi criado com base na tese de Jonh Maynard Keynes (1883-1946), e nasce, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial (pós 1945), quando se adentrou na fase madura do capitalismo. Foi marcada nos seus primeiros 30 anos por uma forte expansão, reunindo altas taxas de lucros e ganhos de produtividade para as empresas, e políticas sociais para os trabalhadores (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

exclusivamente pelo novo padrão da acumulação. É fundamental entendê-lo como produto de um processo permeado por demandas históricas dos trabalhadores por direitos sociais e políticos. Ele não é uma “decorrência natural” do Estado burguês capturado pelo monopólio, mas é também e contraditoriamente, resultado da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores. O declínio do crescimento econômico dos países capitalistas centrais e o conseqüente aumento do desemprego culminaram numa crise estrutural do capital e no esgotamento do padrão taylorista/fordista e do *Welfare State* a partir da década de 1970 (DURIGUETTO, 2007).

Para Mandel (1990), a crise experimentada pelo capital a partir daí se desenvolveu à medida que a terceira revolução tecnológica⁸ leva à economia do trabalho vivo (que produz mais-valia para o capital), criando seus próprios obstáculos para a realização da mercadoria e causando assim o esgotamento da longa onda expansionista⁹.

Segundo Harvey (2005), a crise se manifesta quando os excedentes tanto de capital como de trabalho não são absorvidos, gerando a superacumulação e desvalorização. Esse é o tipo de irracionalidade, envolvendo grande capacidade produtiva ociosa e grande desemprego, em que a maioria das economias ocidentais mergulhou nos últimos anos.

Com a crise da década de 1970 tem-se a imanência do modelo neoliberal de um lado e de outro, passa-se a experimentar um tipo de padrão de acumulação mais flexível (HARVEY, 1992), no que se refere ao tipo e ao lugar da produção, para facilitar a fluidez da mercadoria em todo o mundo capitalista globalizado. Tem-se uma primazia do capital financeiro¹⁰ em relação ao capital produtivo como forma de ampliação do lucro capitalista no período da crise. Junto com a flexibilização da produção, sob a hegemonia do capital financeiro, surge o modelo neoliberal.

O neoliberalismo nasce logo depois da 2ª Guerra Mundial, como uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de Bem Estar Social. Seu texto de origem é

⁸ A Terceira Revolução Tecnológica segundo Mandel permite o desenvolvimento rapidamente das forças produtivas na era do chamado “capitalismo tardio”, que afeta a essência do modo de produção capitalista, a produção geral da mercadoria. A Terceira Revolução Industrial marca o desenvolvimento da grande indústria em sua fase tardia marcada pela Terceira Revolução Tecnológica ou “revolução informática”.

⁹ Mandel ressalta que, para uma teoria marxista das ondas longas, esses não são os indicadores fundamentais, pois as ondas longas são fruto da alternância entre fases de acumulação acelerada de capital com fases de acumulação desacelerada. Ou seja, descompasso entre a produção de mais-valia e sua realização e entre esta e a acumulação capitalista é que explica o movimento cíclico de longo prazo da economia.

¹⁰ O capital financeiro é a fusão entre o capital industrial e o capital bancário. Ao fundir-se com o capital industrial altamente concentrado e centralizado, submete-o a sua dinâmica de atuação, na qual ganha destaque o capital fictício (SILVA, 2011, p. 12).

“*O Caminho da Servidão*”, escrito por Friedrich Hayek (1899-1992) e trata-se de um ataque contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do estado, denunciadas como uma ameaça letal a liberdade econômica e política (ANDERSON, 1995). No contexto fundado sob princípios neoliberais, Duriguetto (2007) afirma que este projeto está centrado na desregulamentação e na flexibilização do processo produtivo, levando à precarização das condições de trabalho e emprego, ao combate da legislação trabalhista e ao desmonte e redução dos gastos públicos com as políticas sociais. No modelo neoliberal, o capital passa a subordinar aos seus fins de valorização, toda a organização da vida em sociedade: a economia, a política e a cultura.

Conforme Anderson (1995), para Hayek e seus companheiros o novo igualitarismo promovido pelo Estado de Bem Estar Social destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos, ao argumentar que a desigualdade é um valor positivo. Sob este ponto de vista, Anderson (1995), destaca que segundo Hayek é necessário,

manter um Estado forte, sim, na sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar e a restauração da taxa “natural” de desemprego. Ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos que corroeram as bases da acumulação capitalista com suas pressões reivindicatórias sobre salários. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis para incentivar os agentes econômicos o que significa a redução de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desse modo, uma nova e saudável desigualdade iria dinamizar as economias avançadas (ANDERSON, 1995, p. 11).

A introdução do neoliberalismo e o reordenamento do capital sob a hegemonia do capital financeiro conforme Silva (2011) trazem profundas transformações nas políticas sociais. O período de declínio do desenvolvimento do capital iniciado nos anos de 1970 apresenta uma reconfiguração do papel do Estado e novas condições de implementação das políticas sociais, ou seja, com impactos nas condições de vida da classe trabalhadora ao redor do mundo.

Para Iamamoto (2008), o capital internacionalizado expande sua face financeira especulativa com irrestrita liberdade de operar sem regulamentações e é acompanhado pela diminuição da capacidade contratual da força de trabalho, do aprofundamento das distâncias e desigualdades entre países do centro e da periferia. Todavia, todas estas medidas haviam sido

concebidas como meios para alcançar a reanimação da economia capitalista avançado, restaurando altas taxas de crescimento estáveis, como existiam antes da crise da década de 1970.

Na atual fase do neoliberalismo se tem uma diminuição de direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora. Em outras palavras, assiste-se a um largo processo de desmonte das políticas públicas, sobretudo aquelas mais universais, destinadas à reprodução social da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos donos do capital que porta juros (SILVA, 2011).

A globalização financeira adveio da liberalização do movimento de capitais e transposição de fronteiras econômicas e cada vez mais a instabilidade do sistema tende a ser permanente e intensa, dificultando a taxa de investimento, podendo reduzir o ritmo da acumulação e do crescimento econômico no centro capitalista e em países da periferia do sistema. Assim, as novas potências emergentes (o grupo BRICS: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) ¹¹ estão inseridas de modo economicamente dependente na circulação global do déficit, sua aparente dinâmica de desenvolvimento interno próprio está intimamente relacionada com as potências centrais, repercutindo em contexto de crise econômica/financeira numa conjuntura global.

Mészáros (2009) salienta que o colapso do sistema financeiro não é a causa, mas sim a manifestação de um impasse na economia mundial, afirmando que as raízes da crise, na verdade, encontram-se no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo. A partir de uma visão histórica e sistêmica sobre a crise do capital, esse autor mostra que esta crise nada tem de nova, pelo contrário, é endêmica, cumulativa, crônica e permanente; e suas manifestações são o desemprego estrutural, a destruição ambiental e as guerras permanentes.

Harvey (2009) adverte que a desregulação do setor financeiro é um dos fatores que levaram à crise atual, mas também que a supremacia do capital incide sobre as decisões políticas seguirá sendo um impedimento para sair da crise. As transformações do mercado imobiliário nas últimas décadas, a orientação que teve o investimento em infraestrutura (estradas, portos, edifícios e fábricas) e a conseqüente acumulação por perda de produtividade, condicionaram uma alta conexão entre desenvolvimento capitalista, crise capitalista e urbanização.

¹¹ O BRICS é um agrupamento econômico atualmente composto por cinco países: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul e juntos formam um grupo político de cooperação.

A mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais resultantes do processo de fusões e aquisições de empresas. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguro etc.), que passam a comandar o conjunto da acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo com suporte nos Estados nacionais.

A hegemonia do capital fictício atinge todos os âmbitos da vida social e as políticas sociais se tornam alvo de especulação e privatização pelo capital financeiro, como forma de solucionar a crise de superacumulação. O receituário neoliberal amplia as práticas de proteção social privada, elevando o caráter de focalização, fragmentação e seletividade das políticas públicas, num claro rompimento com os compromissos e consensos do pós-Segunda Guerra (1945), que possibilitaram a expansão do *Welfare State*. Segundo Behring e Boschetti (2011), o Brasil, dos anos 1990 até os dias de hoje, tem sido marcado pela contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas da Constituição Federal de 1988, influenciado pelas diretrizes de ajuste neoliberal ditada pelo capital.

Segundo Behring e Boschetti (2011), a tendência geral tem sido de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise, numa clara limitação de possibilidades preventivas e até mesmo redistributivas das políticas públicas universais garantidas pela Constituição Federal de 1988, instalando o perverso processo de transformar em favor o que é direito.

Aponta Iamamoto (2008) que,

no caso do Brasil, apesar da ampliação das necessidades não atendidas da maioria da população, pressionando as instituições públicas por uma demanda crescente de serviços sociais, choca-se com a restrição de recursos para as políticas sociais governamentais que provocam o desmonte das políticas públicas de caráter universal, ampliando a seletividade e a mercantilização dos serviços sociais, favorecendo a capitalização do setor privado. O projeto neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, observa-se uma inversão e subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recurso dentro da ótica de que o gasto social é tido como uma das principais causas da crise fiscal do Estado, a proposta é reduzir despesas, diminuir atendimentos (IAMAMOTO, 2008, p. 148 - 149).

A partir dos anos 1990, com o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, as políticas sociais passam a ser organizadas segundo a lógica do capital financeiro, com várias privatizações do setor público estratégico. Assim, a principal consequência da financeirização das

políticas sociais tem sido a captura do fundo público para alimentar diretamente o capital portador de juros (SILVA, 2011). Nesse cenário, as cidades passam a ter lugar de destaque no processo de acumulação do capital, uma vez que a mundialização vai permitir um maior crescimento urbano como uma das saídas temporárias criadas pelo capitalismo para garantir a acumulação.

A cidade, devido a sua importância no processo de mundialização do capital é incorporada como sujeito e objeto do planejamento urbano. Vainer (2000) destaca que o planejamento estratégico¹², foi inspirado nos conceitos e técnicas do planejamento empresarial a ser utilizado pelos governos locais tendo em vista que as cidades enfrentam os mesmos desafios e condições que as empresas, abordando a cidade como uma mercadoria. Assim, a cidade se baseia no *marketing* urbano fortemente fomentado nesse tipo de planejamento.

Conforme Santos Júnior (1995), o planejamento estratégico revela a sua concepção racional-funcionalista, valorizando o saber competente na elaboração das propostas de intervenção sobre as cidades, minimizando os conflitos políticos e excluindo os segmentos populares do planejamento destes espaços.

Essa tipo de planejamento implica numa drenagem de investimentos públicos para a esfera do setor privado. Nessa nova dinâmica, a intervenção do Estado neoliberal nas políticas públicas e, particularmente, no planejamento do desenvolvimento urbano por meio das políticas urbanas, vai sofrer processos de reconfiguração, marcados pela prevalência dos interesses das diferentes frações do capital, com ênfase no setor imobiliário. O sistema de cidades no território brasileiro é permeado pela lógica da produtividade e do lucro empresarial (IAMAMOTO, 2008; MARICATO, 2011).

Segundo Santos e Silveira (2005), os fundamentos da chamada “guerra global dos lugares” podem ser tanto locais quanto regionais, nacionais ou mundiais. Esse processo cria uma competição entre os lugares associada à chamada “guerra fiscal”, quando exige que o poder público destine recursos para o investimento em infraestruturas (rodovias, ferrovias, portos e aeroportos, geração de energia, terrenos preparados), no sentido de valorizar cada cidade pela produtividade espacial. Nesse sentido, o processo de criação de valor do território acaba tendo um alto custo para a sociedade como um todo e produz uma alienação resultante da extrema

¹² Essa forma de planejar a cidade foi propagada por consultores internacionais, particularmente os catalães Manuel Forn e Jordi Borja que difundiram a experiência de gestão da cidade de Barcelona na Espanha.

especialização urbana e regional numa produção exclusiva. A cidade deve incessantemente, oferecer mais privilégios, criar permanentemente vantagens para garantir a permanência das atividades empresariais, sob pena de deslocamento dessas empresas para outro lugar, tendo em vista que o objetivo fundamental dessas empresas é a busca incessante do lucro e da extração da mais-valia (SANTOS; SILVEIRA, 2005).

Ainda segundo esses autores, a vida urbana expressa as configurações da divisão social e territorial do trabalho no âmbito da produção e reprodução das relações sociais no capitalismo contemporâneo. A dimensão dos espaços urbanos acompanha a necessidade de apropriação do lucro no capitalismo. As técnicas, a ciência e a informação se propagam no território e comandam o desenvolvimento produtivo atual. O crescimento das cidades relaciona-se com o movimento da globalização capitalista, na relação entre o local e o global. As cidades podem adequar-se, ou não, às necessidades das empresas nacionais ou globais. Desse modo, o território nacional é subordinado à serviço de grandes empresas privadas, e em certos lugares, evidencia-se uma adequação técnica e política que permite a tais empresas maior produtividade e lucros maiores.

De acordo com Davis (2006), o rápido crescimento urbano no contexto do ajuste estrutural, da desvalorização da moeda e da redução do Estado desencadeou a produção em massa de favelas, uma vez que o fornecimento da infraestrutura básica de sobrevivência não acompanhou o mesmo ritmo de adensamento populacional no espaço urbano. O advento da globalização neoliberal e trouxe consigo o reajuste estrutural que provocou uma reconfiguração fundamental do futuro humano. Em vez de se constituírem o foco de crescimento e prosperidade, as cidades tornaram-se o depósito de excedentes de população que trabalha nos setores informais de comércio e serviços, sem especialização, desprotegidos de direitos sociais básicos e com baixos salários.

2.3 URBANIZAÇÃO NO BRASIL E NA AMAZÔNIA

Segundo Santos (2008) durante séculos o Brasil, como um todo, foi um país "essencialmente agrícola" no qual a urbanização passou a se desenvolver a partir do século XVIII, sendo necessário ainda mais um século para que este processo atingisse sua maturidade. Ainda segundo o autor, somente no século XX é que o Brasil passou a adquirir as características urbanas, constatando que,

tratava-se muito mais da geração de cidades, que mesmo de um processo de urbanização. Subordinado a uma economia natural, as relações entre lugares eram fracas, inconstantes, num país com tão grandes dimensões territoriais. Mesmo assim, a expansão da agricultura comercial e a exploração mineral foram a base de um povoamento e uma criação de riquezas redundando na ampliação da vida de relações e no surgimento de cidades no litoral e no interior (SANTOS, 2008, p. 22).

Ainda segundo Santos (2008),

durante praticamente três séculos e meio o território brasileiro conheceu uma utilização fundada na exploração dos seus recursos naturais pelo trabalho direto e concreto do homem, mais do que pela incorporação do capital à que, durante esse tempo, teve um papel relevante na seleção das produções e dos homens. [...]. Ao longo dessa história passamos de uma autonomia relativa - e entre subespaços - a uma interdependência crescente; de uma interdependência local, entre sociedade regional e natureza a uma espécie de socialização capitalista territorialmente ampliada; de circuitos locais, rompidos por alguns poucos produtos e pouquíssimos produtores à existência predominante de circuitos mais amplos. O espaço se torna mais articulado às relações funcionais e mais desarticulado quanto ao comando local das relações que nele se exercem. [...]. O aprofundamento da divisão do trabalho impõe formas novas e mais elaboradas de cooperação e de controle. De fato, defrontamo-nos com diferenciações regionais e disparidades territoriais de outra natureza (SANTOS, 2008, p. 48-49).

Maricato (2011) complementa ao afirmar que o Brasil sofre um processo de urbanização na segunda metade do século XX. Entretanto, desde as primeiras décadas deste século, o processo de urbanização começa a se consolidar devido à emergência do trabalho livre e do início da industrialização.

O Brasil, como os demais países da América Latina, apresentou intenso processo de urbanização, especialmente na segunda metade do século XX, mencionando que em 1940 a população urbana era de 26,3% do total, já em 2000 ela era de 81,2%. [...] As reformas urbanas, realizadas em diversas cidades brasileiras entre o final do século XIX e início do século XX, lançaram as bases de um urbanismo moderno à moda da periferia. Realizam-se obras de saneamento básico e embelezamento paisagístico, implantavam-se as bases legais para um mercado imobiliário de corte capitalista, ao mesmo tempo em que a população excluída desse processo era expulsa para morros e franjas da cidade. Manaus, Belém, Porto Alegre, Curitiba, Santos, Recife, São Paulo e especialmente o Rio de Janeiro são cidades que passaram, nesse período, por mudanças que conjugaram saneamento ambiental, embelezamento e segregação territorial (MARICATO, 2001, p. 16 - 17).

Segundo essa autora, até 1930 a economia brasileira se sustentou, essencialmente, pelo setor agroexportador. Com a emergência do processo de industrialização têm-se grandes investimentos por parte do Estado em infraestrutura para impulsionar ainda mais o desenvolvimento industrial e a substituição de importações¹³ Esse processo foi fortalecido no

¹³ O termo substituição de importações está atrelada à ideia de estímulo da produção interna, com a finalidade de gerar uma economia flexível e de possibilitar o crescimento econômico. Para maior aprofundamento ver:

período pós-guerra, especialmente a partir de 1950, conhecido como o período desenvolvimentista quando se tem um novo processo de industrialização. Apesar disso, “a dependência do Brasil se aprofunda em relação à fase anterior ampliando a sua inserção de forma subalterna na divisão internacional do trabalho” (MARICATO, 2001, p. 17 - 19).

Maricato (2001) salienta que a burguesia industrial assume a hegemonia política na sociedade brasileira sem que se verifique uma ruptura com os interesses hegemônicos. Essa ambiguidade entre ruptura e continuidade verificada em todos os principais momentos de mudança na sociedade no Brasil, marcará também o processo de urbanização ao manter os elementos da sociedade colonial. Ainda segundo a autora,

a crescente generalização da propriedade privada da terra a partir de 1850, com a confirmação do poder político dos grandes proprietários nas décadas seguintes, e a emergência do trabalho livre a partir de 1888 ocorreram antes da urbanização da sociedade. No entanto, a urbanização foi fortemente influenciada por 2 (dois) fatores: a importância do trabalho escravo (inclusive para a construção e manutenção dos edifícios e das cidades), a pouca importância dada à reprodução da força de trabalho, mesmo com a emergência do trabalhador livre, e o poder político relacionado ao patrimônio pessoal (MARICATO, 2000, p. 18).

Cruz (2012) complementa afirmando que o início do século XX marca o momento histórico de formação socioeconômica do Brasil com grandes e inúmeras transformações a nível nacional, e com maior ênfase nas regiões Sudeste e Sul. “A passagem do capital comercial para o capital industrial determinou a constituição das relações urbanas no Brasil, atendendo ao pressuposto da formação do capital, que para se realizar precisa de dinheiro, mão de obra, maquinário e infraestrutura” (CRUZ, 2012, p. 42).

Maricato (2000) constata ainda que a urbanização da sociedade brasileira apesar de constituir um caminho para a modernização do país, também impossibilita a superação do Brasil arcaico, vinculado à hegemonia da economia agroexportadora.

O processo de urbanização recria o atraso a partir de novas formas, como contraponto à dinâmica de modernização. As características do Brasil urbano impõem tarefas desafiadoras, e os arquitetos e planejadores urbanos não têm conhecimento acumulado nem experiência para lidar com elas. A dimensão da tragédia urbana brasileira está a exigir o desenvolvimento de respostas que devem partir do conhecimento da realidade empírica para evitar a formulação das ideias fora do lugar tão características do planejamento urbano no Brasil (MARICATO, 2000, p. 21).

De acordo com Fialho Nascimento (2006), são abordados distintos viés sobre o papel desempenhado pelo processo de industrialização no quadro do desenvolvimento capitalista e seus efeitos sobre o Brasil. “É consenso considerar o ano de 1930 como marco da passagem, no Brasil, de uma economia agroexportadora para um modelo urbano-industrial” (FIALHO NASCIMENTO, 2006, p. 81).

O processo de industrialização no Brasil trouxe profundas transformações nas cidades ao longo do século XX, tornando-as centros de atração e polaridade para significativas proporções de trabalhadores vindos do campo. Nesse período, a cidade segundo Cruz (2012, p. 70) “ora acolhia os trabalhadores agrícolas em busca de trabalho e melhores salários na indústria, ora a população se mantinha no trabalho agrícola, mas fixando residência na área urbana”.

A lógica da industrialização no século XX, vista como processo social complexo, possibilitou a formação de um mercado nacional, num esforço para equipar o território para integrá-lo expandiu o consumo sob formas diversas e estimulou a vida social, ativando o próprio processo de urbanização. Essa fase mais intensiva da urbanização no Brasil impulsionou as cidades a buscarem investimentos políticos e tecnológicos, o que as tornou, contraditoriamente, territórios privilegiados de disputas e fortes tensões sociais (CRUZ, 2012, p. 70).

Segundo Fialho Nascimento (2006), a configuração da “questão social” com o processo de industrialização iniciada na década de 1930 é reforçada com a emergência de importantes alterações, ocorridas no começo da virada do século XIX para o século XX no Brasil. “A implantação de relações capitalistas de exploração do trabalho no Brasil deu-se nas condições típicas que o capitalismo engendra nas sociedades em que se instala, quais sejam, a exploração desenfreada da força de trabalho, condenada a condições de vida desumanas” (FIALHO NASCIMENTO, 2006, p. 83).

A população operária se constitui em uma minoria - composta majoritariamente por imigrantes - marginalizada social e ecologicamente dentro das cidades [...] essa parcela da população urbana vivia em condições angustiantes. Amontoam-se em bairros insalubres, em casas infectas, sendo muito frequente a carência - ou mesmo falta absoluta - de água, esgoto e luz. Numa sociedade civil marcada pelo patrimonialismo, onde apenas contam fortuna e linhagem, serão considerados - quando muito - cidadãos de segunda linha, com direito apenas à resignação (IAMAMOTO; CARVALHO, 1991, p. 127 - 128).

Conforme Fialho Nascimento (2006), a inserção do Brasil,

nos quadros de um sistema urbano-industrial “moderno” se fez, assim, sobre as bases que orientam a lógica capitalista, qual seja, a busca desenfreada de valorização do capital de acordo com os interesses da acumulação. Se, por um lado, disso resultou a própria

formação da “questão social”, de outro logrou produzir uma industrialização que, mesmo restringida, propiciou também o crescimento da economia brasileira (FIALHO NASCIMENTO, 2006, p. 83).

Ainda segundo Fialho Nascimento (2006), o governo de Getúlio Vargas (1930-1954) desempenhou o papel de organizador do Estado estabelecendo pilares para uma futura industrialização de fundo nacionalista, adotando medidas que alavancassem uma moderna industrialização. O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) trabalhou como marco essencial a proposição de uma política de aceleração do crescimento econômico e a consolidação do desenvolvimentismo enquanto ideologia no Brasil dos anos de 1950, caracterizando-se como um modelo de modernização conservadora. O processo de industrialização do referido período, especialmente aquela centrada na indústria automobilística e desencadeada pelas multinacionais, provocou uma profunda alteração na distribuição espacial da população brasileira, marcando um grande crescimento da população urbana.

As populações rurais ao serem expulsas de suas áreas, seja, no Nordeste pela concentração de terras e/ou fuga da seca, seja no caso de outras regiões pela mecanização do campo, expropriação de terras por grandes empreendimentos econômicos e/ou seduzidas pela expectativa de emprego e outras supostas vantagens da cidade grande, migrou para as periferias dos grandes centros, sem que estes dispusessem de condições adequadas à satisfação de suas necessidades básicas (FIALHO NASCIMENTO, 2006, p. 88-6).

Segundo Maricato (2001) o crescimento urbano sempre se deu com exclusão social. A emergência do trabalhador livre na sociedade brasileira e o adensamento populacional nas cidades marcaram a agudização das expressões da “questão social” reveladas nas condições precárias de moradia, assim como o início do processo de acirramento da questão habitacional. O desenho urbano brasileiro é acompanhado da formação de inúmeros espaços sem infraestrutura, como favelas, ocupações de terras urbanas, moradia em áreas alagadas, expressando a segregação social e espacial que, por sua vez, expressa a baixa qualidade das condições de moradia. Salienta a autora que,

a concentração territorial homogeneamente pobre (ou segregação espacial), ociosidade e ausência de atividades culturais e esportivas, falta de regulação social e ambiental, precariedade urbanística, mobilidade restrita ao bairro, e, além dessas características todas, o desemprego crescente que, entre outras consequências, tende a desorganizar núcleos familiares e enfraquecer a autoridade dos pais: essa é a fórmula das bombas socioecológicas. É impossível dissociar o território das condições socioeconômicas e da violência (MARICATO, 2000, p. 29 - 30).

De acordo com Fialho Nascimento (2006), as consequentes demandas sociais decorrentes da grande concentração populacional na área urbana não foram atendidas pelo poder público e, foram agravadas ainda mais com a continuidade do processo de industrialização. Esse cenário condicionou fortes reivindicações e protestos “tanto no campo como na cidade” (FIALHO NASCIMENTO, 2006, p. 86).

No período de 1945-64 corresponde à fase que ficou denominada como populista ou nacional desenvolvimentista, na sociedade civil e na política brasileira. [...] os movimentos sociais a partir da sociedade civil emergiram em diferentes partes da nação, reivindicando múltiplas questões, das quais destacamos [...] equipamentos urbanos básicos para a sobrevivência dos grandes contingentes humanos que se deslocavam do campo para a cidade (GOHN, 1995, p. 88-89).

Os anos de 1960 e 1961 foram marcados pela consolidação de movimentos sociais urbanos que reivindicavam por moradia própria e por infraestrutura.

O adensamento das populações do campo nas cidades levou à expansão urbana através das periferias. Mas nem todos tinham condições de adquirir os terrenos para a autoconstrução - forma dominante de moradia popular em algumas capitais como São Paulo. A reivindicação da casa própria era antiga, desde os anos 1930. Nos anos 1940 foram criados alguns conjuntos residenciais por meio de Planos de Institutos - de Funcionários ou industriários. Mas seu número era reduzido. Por isso surgiram nos anos 1950 e 1960, demandas pela casa própria (GOHN, 1995, p. 97).

Segundo Ribeiro (2005), nas cidades brasileiras a questão da segregação social e territorial e seus impactos sobre as condições de moradia revelam-se atreladas ao próprio desenvolvimento capitalista, quando estas cidades são impactadas pelo movimento de mundialização da econômica que aumenta a segregação residencial. Com a propagação das ideias econômicas neoliberais, as reformas institucionais relativas à liberalização do mercado de terras e de moradia, tornam “os preços imobiliários [...] tornam-se o mecanismo central de distribuição da população no território da cidade” (RIBEIRO, 2005, p. 89).

Segundo Maricato (2001), o Brasil manteve os traços do patrimonialismo e da cultura do privilégio, a exemplo, a existência do latifúndio de um lado, e, de outro, a luta pela terra no campo, e uma enorme carência habitacional e de infraestrutura nas cidades. Conforme Maricato (2011), o capitalista periférico ao baratear a força de trabalho e manter um mercado imobiliário restrito à quem pode pagar, contribui para deixar a cargo dos trabalhadores o custo de sua própria reprodução na cidade, através da autoconstrução de suas casas e da ocupação irregular do solo.

A trajetória da luta pela reforma urbana inicia-se nos anos 1960, época em que os segmentos progressistas da sociedade brasileira demandavam reformas estruturais na questão fundiária. Os temas da reforma urbana reapareceriam nos anos 1970 e 1980, no momento em que os movimentos sociais ganhavam maior visibilidade e relevância política. As suas reivindicações eram apresentadas como direitos, com o objetivo de reverter as desigualdades sociais no processo de democratização da sociedade brasileira.

O Movimento Nacional pela Reforma Urbana (MNRU) de acordo com Santos Júnior (1995), se organiza na busca pela participação direta da sociedade no processo constituinte com o objetivo de alcançar a justiça social no espaço urbano, instituindo um novo modo de pensar a gestão e o planejamento da cidade que se inspira na ideia da função social da propriedade e da cidade e direito à cidadania¹⁴. O movimento assume, portanto, a crítica e a denúncia do quadro de desigualdade social, considerando a dualidade vivida em uma mesma cidade: a cidade dos ricos e a cidade dos pobres; a cidade legal e a cidade ilegal. Condena a exclusão da maior parte dos habitantes da cidade determinada pela lógica da segregação espacial; pela cidade mercadoria; pela mercantilização do solo urbano, pela valorização imobiliária; pela apropriação privada dos investimentos públicos em moradia, em transportes públicos, em equipamentos urbanos e em serviços públicos em geral.

Segundo Ribeiro (2003), no decorrer dos anos 1980 emergiu a proposta de reforma urbana que retoma os ideais reformistas dos anos 1960. O projeto de reforma urbana fundou-se no diagnóstico dos problemas urbanos como resultado da relação de força estabelecida na cidade brasileira em torno da apropriação privada dos benefícios em termos das rendas geradas pela intervenção pública. O principal objetivo da reforma urbana seria instituição de um novo padrão de política: a) instituição da gestão democrática da cidade; b) fortalecimento da regulação pública do uso do solo urbano; c) inversão de prioridades no tocante à política de investimentos urbanos que favoreça as necessidades coletivas de consumo das camadas populares.

O Estatuto da Cidade foi aprovado pela lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001, que estabelece diretrizes gerais da política urbana, sendo visto como a grande esperança de criação de novos instrumentos urbanísticos e mecanismos que permitam enfrentar as desigualdades que

¹⁴ Segundo Santos Júnior (1995), a função social da propriedade e da cidade significa o uso socialmente justo e equilibrado do espaço urbano e o direito à cidadania é entendido como direito de acesso aos bens e serviços que garantam condições dignas de vida urbana, culturalmente dinâmica e condizente com os valores éticos humanitários; assim como o direito dos cidadãos à informação e à participação política na condução dos destinos da cidade.

marcam o cenário urbano brasileiro. As diretrizes, os objetivos e os instrumentos de regulação do uso do solo contidos no Estatuto da Cidade expressam a busca de um consenso social e político elaborado por segmentos da sociedade brasileira com a centralidade na construção de um projeto de sociedade igualitária e justa.

O Ministério das Cidades foi criado em 2003 com a proposta de integrar as políticas ligadas ao desenvolvimento urbano, tornando-se o órgão responsável pelas políticas de habitação, saneamento ambiental, transporte urbano e trânsito; e regularização fundiária. A Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental criada no âmbito do Ministério das Cidades é resultado de luta histórica da sociedade civil organizada que dentre outras bandeiras, lutava contra a privatização dos serviços de saneamento, pela reestruturação financeira e operacional do setor e pela universalização do saneamento básico. Após uma década de sua criação as cidades brasileiras ainda continuam distantes de mudanças significativas de rumo.

O crescimento econômico vivenciado pelo Brasil só tem se refletido no nível do consumo individual não se reproduzem nas condições de estruturação das cidades. A situação de vida nas cidades nos últimos 30 anos é permeada de contradições e dificuldades e essa tendência deve continuar, mesmo com a retomada de investimentos desde 2003 em habitação e saneamento, dentre eles destaca-se o Programa Minha Casa Minha Vida (MCMV) e o Programa de Aceleração de Crescimento (PAC). O aumento em investimentos de habitação e saneamento sem a necessária mudança da base fundiária vem acarretando drasticamente o aumento dos preços da terra e de imóveis (MARICATO, 2011).

As contradições que se manifestam entre as cidades, estão presentes também nas diferentes regiões do Brasil. Santos (2008) afirma que o Brasil depara-se ainda com uma dependência e desigualdade entre as regiões, o que pode ser observado na relação subalterna de regiões como o Norte e Nordeste em relação ao eixo Centro-Sul do país. O autor salienta que o espaço nacional fica dividido entre áreas nas quais diversos aspectos da vida tendem a ser regidos pelos automatismos técnicos e sociais próprios à modernidade tecnicista e áreas onde esses nexos estão menos, ou quase nada presentes, comandando uma nova divisão regional do país e determinando novas hierarquias. Estas se evidenciam entre regiões mais desenvolvidas e outras menos desenvolvidas.

No contexto das desigualdades regionais indicadas por Santos (2008) faz-se um recorte para contextualizar o processo de ocupação e de urbanização na região amazônica. A

periodização da história da Amazônia segundo Leal (2010) pode ser agrupado em quatro períodos: o período exploratório; O período colonial, o período da vinculação ao capital hegemônico e o período de ocupação recente e a atualidade.

Conforme Leal (2010), no período exploratório a Amazônia brasileira se destaca como área ocupada primeiramente pelos europeus, a partir do século XVI; no período colonial a Amazônia se torna alvo de interesse das potências centrais em função das riquezas naturais possíveis de serem exploradas no processo de acumulação capitalista. A ocupação portuguesa ocorreu mais por motivos políticos do que econômicos, através do extrativismo das drogas do sertão.

Na mesma direção Sá e Fialho Nascimento (2012) salientam que o processo de ocupação da Amazônia teve seu início no período colonial com a formação de pequenas vilas e povoados às margens dos rios, facilitando assim as atividades comerciais geradas principalmente pelo extrativismo.

O período da vinculação ao capitalismo hegemônico que de acordo com Leal (2010), a Amazônia pela sua exuberante natureza e como espaço de exploração dos recursos naturais passa, a partir do século XIX, de região fornecedora de meios de consumo para a metrópole colonial a região fornecedora de meios de produção, sob a forma de matéria prima para a acumulação industrial. A consolidação da Revolução Industrial influenciou na busca de matéria prima para o processo produtivo o que significou a busca de novas áreas para sua exploração. É nesse período, segundo Leal (2010), que a Amazônia passa a ser objeto de interesse da ciência das sociedades capitalistas centrais com a finalidade de garantir a acumulação.

Na segunda metade do século XIX, precisamente a partir da década de 1870, a borracha emerge como a grande matéria prima para a acumulação, ao possibilitar uma extraordinária contribuição ao desenvolvimento e ao avanço das forças produtivas. A partir desse período inicia-se a produção da borracha¹⁵ na escala em que a acumulação exigia. Esse período provoca diversas transformações sobre a região, redefinindo-se todo um conjunto de relações sociais, políticas e econômicas (LEAL, 2010).

¹⁵ A partir do século XIX acentua-se a procura desse produto, impulsionada pela indústria automobilística, tornando os Estados Unidos da América a potência estrangeira mais interessada na Amazônia brasileira. O ciclo da borracha começa a declinar com a disseminação das culturas de seringueiras, cujas mudas e sementes foram embarcadas clandestinamente, em 1876, para Londres por Henry Wickham e transportadas para o Ceilão e posteriormente para Cingapura e Malásia, dando início à substituição gradativa da borracha in natura pelos derivados de petróleo (PICOLI, 2006).

Conforme Sá e Fialho Nascimento (2012), a exploração da borracha (1850-1910) impulsionou a indústria automobilística no continente europeu e, especialmente, nos Estados Unidos de América. O crescimento econômico gerado na região amazônica produziu efeitos sobre as cidades de Belém e Manaus, enquanto principais centros da atividade econômica, dando origem ao período conhecido como *Belle Époque* que trouxe “uma modernização aparente que, associada à ideia de progresso, se expressou na intervenção de embelezamento das áreas centrais daquelas cidades, subordinada não às necessidades coletivas dos diferentes grupos sociais, mas às necessidades do capital comercial emergente” (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 205).

Para Picoli (2006) a riqueza gerada pelo ciclo da borracha beneficiava os setores seringalistas e os grandes latifundiários, enquanto a força de trabalho empregada no seringal – o seringueiro – ficava à margem desse processo (PICOLI, 2006). O período de declínio da economia gomífera (1910-1940) teve início com a queda das exportações do produto em função da forte concorrência com a produção de borracha das colônias inglesas na Ásia o que,

culminou na desarticulação da economia gomífera e no conseqüente fechamento de seringais e migração de contingentes significativos de trabalhadores para os centros urbanos. A falta de oferta de trabalho e a insuficiência de serviços básicos geraram desemprego e surtos de epidemias, manifestando-se num quadro de degradação das condições de vida destes trabalhadores Sá e Fialho Nascimento (2012, p. 206).

Durante o período da II Guerra Mundial (1939-1945) a Amazônia volta a vivenciar uma aceleração econômica em função da exportação da borracha para os Estados Unidos da América.

Foram firmados acordos de cooperação entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos. No primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) foram preparadas as condições para que esses acordos fossem cumpridos, numa operação que ficou conhecida como a “batalha da borracha” (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 206).

Com o fim das exportações do látex em grandes escalas para os Estados Unidos da América parte de imigrantes retornou aos seus locais de origem, enquanto que a grande maioria permaneceu nas cidades da região. “Em Belém, estes imigrantes ocuparam áreas insalubres, onde ficaram expostos aos riscos de doenças, especialmente aquelas provocadas pela carência de infraestrutura básica como esgotamento sanitário e água potável” (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 207).

Esse cenário também é retratado por Picoli (2006), que constata que com o declínio da economia da borracha na região registra-se um significativo crescimento urbano nas cidades

amazônicas que se tornam depósitos do “exército industrial de reserva”¹⁶ e do prolongamento da exploração e marginalização dos proletários habitantes dos cinturões de pobreza. Nesse sentido, a cidade representa o centro e sede do capital, bem como um espaço de concentração da mão de obra excedente dos seringais (PICOLI, 2006).

Segundo Sá e Fialho Nascimento (2012), o modelo de desenvolvimento adotado no segundo governo de Getúlio Vargas (1951 - 1954) tinha como fundamento a integração econômica da Amazônia com às outras regiões do país, culminando na criação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA) em 1953 e no estímulo ao povoamento da região por meio de incentivos à imigração nacional e estrangeira.

No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) é referenciado o modelo desenvolvimentista, que respondia ao contexto maior de reorganização da divisão internacional do trabalho do pós-guerra em curso, criando novos mecanismos capazes de ampliar a inserção da Amazônia nas formas de acumulação capitalista (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 208).

Uma das formas de ampliação desses mecanismos de inserção na Amazônia foi a proposição de Planos de Metas (1956-1960) com a construção da rodovia Belém-Brasília conhecida como a BR 010, para integração da Amazônia à economia nacional, ou seja, tornar a Amazônia um espaço de consumo de produtos provenientes do Sudeste do país e de fornecedora de matéria prima. Esse processo desenfreou uma grande busca pelas terras a margem da rodovia, marcada pela sua concentração em grandes propriedades (MARQUES, 2010; SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012).

Para Picoli (2006), o processo de colonização da Amazônia incentivado pelos governos militares no comando do Estado brasileiro, através do Golpe de Estado deflagrado em 1964¹⁷, serviu de instrumento para a fixação de grandes capitais na região amazônica, bem como a concentração da propriedade privada e expropriação dos povos tradicionais da floresta. O programa governamental de incentivos fiscais serviu de mecanismos de estímulo pelo Estado para colocar a Amazônia no mercado mundial e beneficiar o grande capital, que efetivou a acumulação na região, por meio da expansão de novas fronteiras.

¹⁶ Segundo Marx, em sua obra *O Capital* v. 1, a existência de uma reserva de força de trabalho desempregada e parcialmente empregada é uma característica inerente à sociedade capitalista, criada e reproduzida diretamente pela própria acumulação do capital (BOTTOMORE, 1988, p. 144–145).

¹⁷ O Golpe Militar de 1964 que encerrou o governo do presidente João Goulart, vigorou durante 21 anos no Brasil, tendo sido nomeados 5 (cinco) presidentes militares (até 1985), quando com a eleição indireta no Congresso Nacional de Tancredo Neves para a Presidência da República, que compôs com José Sarney como Vice-presidente da República brasileira.

Segundo Marques (2010), o Estado brasileiro ao buscar a consolidação da acumulação do capital industrial no centro industrializado do país passa a desencadear nas regiões Norte e Nordeste os programas de incentivos fiscais com o objetivo de integrar o Brasil à região amazônica. Os incentivos oferecidos pelos governos militares resultaram na prática, segundo Picoli (2006), em processos de concentração da terra, de empobrecimento das massas de trabalhadores, de expropriação da terra das populações tradicionais, como os indígenas, os quilombolas e ribeirinhos, bem como o não acesso àqueles que chegavam em busca de terra para morar e de trabalho.

De acordo com Marques (2010), a “Operação Amazônia” ampliada pela Lei 5.174 de 1966 como forma de estímulo ao desenvolvimento regional com concessão de créditos ao serviço privado de até 75% de recursos para implantação de projetos e uma forte incorporação de agropecuária. Dentro da conjuntura de reestruturação do Plano de Valorização da Amazônia a SPVEA foi extinta e fundada a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM)¹⁸.

Segundo Sá e Fialho Nascimento (2012), as relações entre o grande capital e a Amazônia se estabelecem desde o período da economia gomífera acirrando as contradições entre a riqueza produzido na Amazônia e as condições de vida da população que ali vive. Na contemporaneidade com a introdução de novas dinâmicas produtivas, como cultura de soja, aliadas à exploração mineral já existente, as contradições se agravam ainda mais.

O capital penetra na Amazônia subverte a lógica da vida social, ao transformar a terra em mercadoria e retirar do homem as condições materiais de (re) produção de sua existência. À expropriação de que e vitima segue-se, como uma das alternativas, a migração, o que contribuiu, ao lado de outros processos, para a reorientação da rede urbana da Amazônia, com formação de novos núcleos urbanos e o adensamento populacional das cidades já existentes. [...] esses agrupamentos humanos ao chegarem nestes centros urbanos, oriundos de uma outra realidade, não têm garantidas as condições necessárias ao exercício pleno dos direitos sociais, no que o não acesso aos equipamentos e aos serviços de infraestrutura é apenas a parte mais visível e impactante (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 202).

Do mesmo modo salienta Nascimento (2009), que a Amazônia tem sido marcada pela exploração de seus recursos naturais sem que essa riqueza impactasse na melhoria e benefício dos

¹⁸ Foi criada em 1966, com o discurso de defesa da integridade do território nacional, com objetivo de fixar assentamentos populacionais nas fronteiras, através de incentivo à migração. Foi extinta e substituída no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), pela Agência de Desenvolvimento da Amazônia (ADA) e recriada como SUDAM, em 2006, no primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006) (MARQUES, 2010; SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012).

trabalhadores que a produzem e aí vivem e como espaço de fornecimento de mão de obra barata. O compromisso do Estado na defesa dos interesses do grande capital nacional e internacional se expressa pela invisibilidade dos sujeitos sociais amazônicos e pela visibilidade de planos econômicos e empresariais, através de incentivos fiscais que beneficiam o capital em detrimento do trabalhador e das suas condições de reprodução material e subjetiva.

No que se refere à apropriação privada da terra pode-se constatar que,

ao priorizarem a implantação de grandes projetos como Carajás, as ações dos governos em relação à questão fundiária têm sido fundamentais para o agravamento de conflitos agrários nas áreas de sua influência, como o que ocorreu em 17/04/1996, no município paraense de Eldorado de Carajás. Na ocasião, o assassinato de 19 (dezenove) trabalhadores sem-terra pela Polícia Militar do Pará ficou conhecido como o “massacre de Carajás”, pois, além dos mortos, restaram ainda trabalhadores mutilados e desaparecidos (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 213).

Conforme (FIALHO NASCIMENTO, 2006), a riqueza produzida na Amazônia e particularmente no estado do Pará não tem sido equivalente aos investimentos nos setores sociais. Com a falta de investimentos em saúde, educação, transportes, habitação, saneamento, geração de emprego e renda, o Estado cria condições propícias à re (produção) das expressões da “questão social” na região. A “expropriação de terras na área rural soma-se, na área urbana, formas de apropriação da riqueza manifestadas na explosão do mercado imobiliário, processos estes que negam o acesso a direitos sociais” (SÁ; FIALHO NASCIMENTO, 2012, p. 219).

Ao abordar o fenômeno da segregação social, tomando como *locus* de pesquisa as cidades de Belém e Manaus, Cruz (2012) destaca que as contradições se estabelecem nas relações do Estado com as classes sociais que compõem espaço urbano. Ao abordar a dinâmica e a repercussão que este processo exerce sobre as condições de moradia nestas duas metrópoles, a autora salienta que,

o processo ampliado de segregação social é forjado pela diferenciação no acesso ao trabalho, à moradia e aos serviços e infraestruturas urbanas, em maior ou menor grau, dependendo das distinções internas de cada fração de classe, e está fundado, em última instância, no direito da propriedade privada dos meios de produção, com particularidades nas cidades dos países periféricos e, dentre estas, as brasileiras e amazônicas. [...] Essa tendência ao desequilíbrio no sistema social urbano atinge as cidades em crescimento, omitindo as contradições sociais que se colocam em processos de segregação social, como é o caso da definição pelo lugar de morar, em relação ao lugar de trabalho (CRUZ, 2012, p. 55–56).

A análise empreendida por Cruz (2012), sobre as relações contraditórias entre o Estado e os agentes econômicos e sociais produtores do espaço urbano geradoras de processos

segregativos no acesso aos bens e serviços socialmente gerados, parte da tese de que dois grandes projetos urbanos - Portal da Amazônia em Belém e o Programa de Saneamento Ambiental dos Igarapés Manaus (PROSAMIM) em Manaus - implementados pelo poder público nestas metrópoles, aprofundam o processo de segregação social,

no que tange à questão moradia, haja vista que as políticas de infraestrutura e habitação desencadearam nessas cidades um processo de deslocamento compulsório da população atingida pelos grandes projetos urbanos em execução e um processo de valorização da terra urbana. Nesse sentido, reafirma-se que a lógica segregadora dos grandes projetos está assentada na produção de cidades periféricas, voltadas para a atração de novos investimentos financeiros e empresariais nas áreas valorizadas pelas ações da "renovação-deportação" (CRUZ, 2012, p. 58).

As cidades amazônicas caracterizam-se pelo forte adensamento populacional, distribuição desigual da riqueza socialmente produzida, em benefício de poucos, pela pauperização das condições de vida nas cidades da região e pela segregação social no que tange à infraestruturação dos espaços habitados pela massa trabalhadora, igualmente destituída de direitos e de acesso aos serviços públicos.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE E SANEAMENTO NO BRASIL, SOB A ÓTICA DA INTERSETORIALIDADE

No capítulo anterior buscou-se teorizar sobre o papel do Estado no processo de urbanização capitalista (a produção da cidade capitalista), abordando aspectos relacionados à dinâmica das políticas públicas, formas através das quais o Estado se movimenta, com destaque para impactos da crise cíclica imanente à acumulação do capital. Ainda no mesmo capítulo foram abordados alguns dos principais determinantes do processo de urbanização no Brasil e na Amazônia na contemporaneidade. Neste capítulo serão abordadas questões relacionadas às políticas de saúde e de saneamento no Brasil, com ênfase em proposições governamentais de ações intersetoriais para a implementação dessas políticas públicas.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A partir da Constituição Federal de 1988 a política de saúde no Brasil passa a ser preconizado dentro de um modelo de atenção integral à saúde, devendo o Estado garantir o seu pleno gozo aos cidadãos, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, através do acesso universal e igualitário. pode-se constatar que,

a política de saúde no Brasil acompanha a tendência internacional de dualidade entre público e privado, mas traz questões peculiares de formação política, econômica e social brasileira, o que determina uma grande vantagem do setor privado, que em toda história da saúde brasileira, foi mais bem atuante e beneficiado em relação ao setor público, estabelecida. Mesmo diante do direito à saúde e da obrigação pública na execução desta, estabelecida na Constituição Federal de 1988, o setor privado foi elaborando novas formas de manter sua prevalência (SANTOS, 2011, p. 94).

Na década de 1930 com o início do processo de industrialização no Brasil surge também a necessidade do Estado responder às expressões da “questão social” que ora se evidenciava. Nessa ótica, a política nacional de saúde se estruturou em dois subsistemas: o de saúde pública e o de medicina previdenciária vinculado à previdência social, cujo acesso à assistência à saúde se dava mediante o pagamento de um seguro compulsório garantido com o financiamento proveniente, fundamentalmente, da massa salarial (SANTOS, 2011).

No período de 1930 a 1960 (conhecido como a era do Estado Novo) poucas foram as investidas no setor da saúde pública e prevaleceu a dualidade entre saúde pública, competência do Ministério da Saúde, e a assistência médica individual previdenciária, competência do sistema de proteção social. Santos (2011, p. 96) salienta que nesse período “os serviços ofertados são

produzidos fundamentalmente pelo setor privado de saúde e comprados pelo Estado com recursos provenientes da previdência social”.

Com a instauração do regime militar na década de 1960, o Estado procura atuar através da formulação de algumas políticas sociais para garantir a sua legitimação perante a população e impulsionar a acumulação do capital. Para isso, utilizou-se da tecnoburocracia, ao criar uma tecnocracia constituída de profissionais civis retirados do seio da sociedade e colocada sob a tutela do Estado. O período da ditadura militar ampliou a política de saúde para uma grande parte da sociedade, mas fortaleceu sem precedentes o setor privado da saúde, tornando o Estado seu melhor cliente e não investindo na rede própria. O Estado ao assumir o mero papel de organizador, financiador e regulador da política da saúde, com o financiamento dos serviços, deu início ao processo de privatização da saúde que era de responsabilidade pública. A ação estatal incentivou e fortaleceu o crescimento do setor privado e estagnou a rede pública, ao permitir a expansão privada da rede hospitalar que gera mais lucro na saúde (SANTOS, 2011).

Polignano (2001) reforça que, os poucos recursos destinados ao Ministério da Saúde impossibilitaram o desenvolvimento de propostas de ações de saúde pública. Na prática, isso mostra uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Segundo Bravo (1996), o processo de abertura política no final dos anos 1970 e posteriormente, a redemocratização do país, possibilitaram a emergência do chamado “movimento da reforma sanitária”. Tal movimento contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais para o setor, contribuindo assim para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política vinculada à democracia no qual diferentes sujeitos políticos se engajam na luta pela sua democratização, defendendo questões como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público. Dentre tais sujeitos destacam-se: os estudantes; os professores universitários e os trabalhadores da saúde. Destacam-se ainda o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁹ como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos

¹⁹ Trata-se da entidade civil criada em 1975 com a finalidade de gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva, produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções área com uma prática política concreta. Como centro de estudos, propôs ser uma instância de organização do saber sobre a saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contrapolíticas, com participação constante e efetiva nos

políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 1996). O movimento da reforma sanitária serviu de base para a constituição de um sistema de saúde inclusivo, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, com o tema “Democracia é Saúde”.

O movimento da reforma sanitária possibilitou a aprovação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 2º dessa lei afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Portanto, no processo de criação do SUS encontra-se o conceito ampliado de saúde e a sua promoção, inspirado no ideário da participação social, na construção do sistema e da política de saúde. Reconhece-se a impossibilidade da política de saúde dar conta isoladamente dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população do Brasil. Nesse sentido, em tese, o SUS, enquanto política busca a melhoria da qualidade de vida, da saúde e das condições de reprodução social que permitam o seu pleno gozo. Trata-se de uma perspectiva ampliada de saúde definida no âmbito do movimento da reforma sanitária brasileira que rompe com a visão conservadora que responsabiliza unicamente os sujeitos pelas mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida.

A concepção do SUS se baseia na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva e consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

A universalidade - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

A equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida e

A integralidade - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Esta visão refletia o momento político porque

eventos nacionais e regionais relativos à temática e um entrosamento efetivo com as entidades da sociedade civil preocupadas com as questões populares, entre elas a CNBB, a OAB, SBPC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias (BRAVO, 1996, p. 46).

passava a sociedade brasileira, recém - saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo Movimento das Diretas Já, a sociedade procurava garantir na nova Constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar dos ideais progressistas supracitados, a implantação do SUS ocorre concomitantemente com a entrada do modelo neoliberal, que se difundiu pelo mundo capitalista e alcançou os países periféricos, entre os quais o Brasil, causando impactos na configuração do Estado. Tal modelo é caracterizado pelo esvaziamento e descomprometimento do Estado com as políticas públicas e, ainda, desfavorece os ideais da reforma sanitária ao fortalecer e fomentar o mercado. Dentre as concepções que fundamentam a onda neoliberal consta a rígida contenção dos gastos pelo Estado, principalmente nas políticas sociais, entre as quais a de saúde. Neste contexto, ao longo da sua existência, o SUS foi alvo constante da instabilidade institucional, da desarticulação organizacional na arena decisória federal e de escassez de financiamento (POLIGNANO, 2001; SANTOS, 2011).

Conforme (SANTOS, 2011, p. 112) “o SUS pela Constituição de 1988, esbarra na afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, que vem trazer uma nova desconstrução da política de saúde, vinculando este ao mercado”. Nessa conjuntura, a crise do setor da saúde se agrava em consequência da crise econômica que atingiu os países da América Latina na década de 1990. A referida crise condicionou a diminuição dos recursos da seguridade, apesar da ampliação das necessidades da maioria da população por benefícios e serviços de saúde.

De acordo com Polignano (2001), a Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma Lei no seu artigo 35º define a forma de repasse de recursos financeiros para estados e municípios. O repasse seria baseado nos seguintes critérios: perfil demográfico, perfil epidemiológico, rede de serviços instalada, desempenho técnico e ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) que regulamentaram a aplicação desta lei.

O argumento de redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros, o governo Collor (1990-1992) editou instrumentos normativos chamadas de Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOB 01/91 e NOB 01/93 (POLIGNANO, 2001).

Em 1995 Fernando Henrique Cardoso (FHC) assume o governo, e conforme Polignano (2001), o seu governo manteve e intensificou a implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução da intervenção do Estado nas políticas sociais. Em seu governo também foi editado a NOB-SUS 01/96, que se refere à consolidação da municipalização prevista no modelo de gestão do SUS e propõe aos municípios o enquadramento em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Segundo Santos (2011), no governo do FHC, a política de saúde contou com fontes de financiamento provenientes do CPMF²⁰ e a defesa da Emenda Constitucional nº 29. A referida emenda buscava apenas vincular recursos para a área da saúde e não a sua ampliação. Por outro lado, buscava dividir ou até repassar estes custos para instâncias subnacionais do governo. O discurso deste governo se sustentou na falta de recursos e na questão da ineficiência da gestão, reconfigurando novas formas de inserção do setor privado na política pública de saúde.

As propostas de reformas do governo Lula iniciado em 2003 dão sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, marcada pelo encolhimento do espaço público democrático dos direitos sociais e ampliação do espaço privado tanto nas atividades ligadas à produção econômica, como no campo dos direitos sociais conquistados. A contrarreforma da previdência social do governo Lula realizou no âmbito do serviço público, “ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão do FHC²¹, há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.16).

Bravo e Menezes (2011) afirmam que a política de saúde nos governos Lula, pautou-se na manutenção da disputa entre os dois projetos: o de reforma sanitária e privatista. O primeiro projeto foi fortalecido pela retomada da concepção de reforma sanitária (abandonada nos anos de 1990) e pela escolha de profissionais comprometidos com os ideais da luta pela reforma sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde; e o segundo é marcado pela continuidade da política de saúde dos anos de 1990 que favorece o projeto privatista, no qual, destacam-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no

²⁰ A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) foi criada durante o governo do Presidente Itamar Franco com objetivo de revitalizar o Sistema Único de Saúde, foi extinta no final de 2007.

²¹ Bravo e Menezes (2011) destacam direitos como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados subtraídos dos trabalhadores, substituídos por novos deveres, como a contribuição previdenciária para os já aposentados, aumento do tempo de trabalho e de idade mínima para acesso ao direito de aposentadoria. Ver (GRANEMANN, Sara. Necessidades da Acumulação Capitalista. In: Revista Inscrita n. 9. Brasília: CEFESS,2004).

desfinanciamento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social, na falta de democratização do acesso e na articulação com o mercado.

Nas gestões do Lula, a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica, sem o enfrentamento de questões centrais como, a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a política Nacional de Medicamentos (BRAVO; MENEZES, 2011). Esse modelo de gestão da política da saúde no Brasil está pautado, segundo Santos (2011), nos princípios neoliberais que se inserem no setor da saúde por meio de orientações e condicionalidades impostas pelos organismos multilaterais, como Banco Mundial, que mapeia a estratégia de focalização do setor público da saúde e de fortalecimento do setor privado. Portanto, o modelo utilizado pelo Estado brasileiro para regulação da política de saúde é pautado nas orientações do Banco Mundial que estabelecem modelos regulatórios, tanto para o setor público, em relação aos serviços exercidos pelo SUS, como o privado. “A política regulatória de saúde no Brasil legitima o projeto de saúde privado existente no campo da saúde brasileira” (SANTOS, 2011, p.87).

O Banco Mundial na execução da sua função de defesa dos interesses do capital adotou o setor de saúde como mercado à ser explorado pelo setor privado. Desde os anos 1990, o Banco Mundial tem priorizado princípios norteadores para execução do modelo neoliberal, investindo em programas que priorizam o ajuste estrutural pautado em três princípios: “contenção da demanda pela redução dos gastos públicos, realocação de recursos visando gerar um *superávit* na balança comercial e reformas nas políticas para aumentar a eficiência a longo prazo do sistema econômico” (SANTOS, 2011, p. 119–120).

As políticas direcionadas para o campo da saúde englobam a agenda orientadora da racionalização dos gastos sintonizada com as reformas vivenciadas internacionalmente no campo da saúde. A proposta de organização do sistema de saúde brasileiro pelo Banco Mundial deverá ser feita mediante transferência direta dos recursos para os municípios; dotação de recursos prioritária para os pobres; racionamento da atenção médica; o uso da técnica de gestão moderna em parceria com o setor privado; o desenvolvimento da capacidade de avaliação e gestão da tecnologia de alto custo e o desenvolvimento de modernos sistemas de recursos humanos e gestão de informação (BANCO MUNDIAL, 1991 apud SANTOS, 2011, p.119–120).

Segundo Polignano (2001), a crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente, no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos

grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, criam seus próprios planos de saúde, atuando no campo da medicina supletiva. Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médica hospitalar de excelência a nível do SUS, também entram em crise. Em 1997, os Hospitais Universitários do país “são forçados” a reduzir o número de atendimentos, e induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor.

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não têm interesse em integrar o modelo atualmente vigente por considerarem baixa a remuneração pelos procedimentos médicos, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços (POLIGNANO, 2001).

As colocações de Batista Júnior (2011) evidenciam essa relação público/privado na execução da política de saúde brasileira, ao mostrar que, historicamente, o Estado brasileiro tem optado pela prática de disponibilizar o serviço de saúde aos seus usuários mediante a contratação de terceiros, ao invés de estruturar a sua própria rede de serviços. Ainda segundo Batista Júnior (2011, p. 37), “esse processo, que torna a saúde a exploração de um dos maiores negócios econômicos do país e que movimenta anualmente R\$ 190 bilhões, foi largamente intensificado durante o período de implantação do SUS”.

O autor enfatiza que essa lógica de financiamento estabelecido via pagamento de procedimentos, ou era politicamente mais rentável e rápida, ou porque o gestor mantinha uma relação direta com prestadores de serviços do setor privado. Conforme o poder público desestruturava seus serviços, substituindo-os pela contratação de serviços privados, criavam-se as condições necessárias para o estabelecimento e desenvolvimento da saúde suplementar que tem crescido acima do crescimento geral do país, beneficiada pelo incremento da economia nos últimos anos. Num processo de autoflagelação, o SUS estimula e drena o alavancamento do setor privado da saúde, seja pelo financiamento direto ou mediante o estímulo indireto à estruturação de serviços e da imunidade tributária. “Definitivamente, a proposta de um sistema universal e integral como o SUS é incompatível com a coexistência de um sistema privado paralelo forte e pior, alimentado pelo próprio sistema público” (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 37).

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privativista durante quinze anos a partir de 1964, tendo recebido neste período vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor privado começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural (POLIGNANO, 2001, p. 21).

Na prática, o grande impedimento para efetivação do SUS tem sido o financiamento, que no contexto de redução dos gastos públicos na área social, foi sumariamente negligenciado, impossibilitando as bases para sua universalização e ampliação da rede pública de serviços. Os poucos recursos destinados à saúde dificulta a criação e recuperação dos serviços públicos do setor, apesar do crescente aumento da demanda pelos serviços da saúde por parte da população.

O subsistema de atenção médica-supletiva baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde (POLIGNANO, 2001).

A habilitação pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2002 pressupõe que estados e municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência, buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população.

Segundo Polignano (2001), no Brasil o papel desempenhado, historicamente, pelo Estado no Sistema de Saúde tem sido o de organizador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses organizados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com os produtores privados, seja de serviços, insumos ou equipamentos. Não obstante as mudanças ocorridas nos últimos anos, que apesar das suas diversas repercussões, praticamente não alteraram o modelo de Estado voltado aos interesses privados, o resultado em termos dos serviços, configurou uma (des) organização com forte presença do setor privado em certos níveis da assistência e do setor público em outros, geradora não de um único sistema de saúde, mas sim, de sistemas que segmentam a assistência segundo vários critérios, sendo o principal deles a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica.

3.2 POLÍTICA DE SANEAMENTO NO BRASIL

O saneamento enquanto política pública, integra o conjunto de sistemas de infraestrutura como coleta de lixo, abastecimento de água, resíduos sólidos e drenagem de águas pluviais. De acordo com Pereira et al. (2012), no modo de produção capitalista a política de saneamento visa garantir as condições gerais da produção da mercadoria e de reprodução da vida social.

Na segunda metade do século XIX, o crescente processo de industrialização e urbanização na Europa, particularmente na Inglaterra, foi caracterizado por inúmeras fábricas e alta densidade populacional nas cidades em busca de melhores empregos e condições de vida. O cenário deu início a deterioração das condições de vida da população pobre e conseqüente aumento no número de epidemias nas cidades, obrigando o Estado a uma intervenção na sociedade e nas questões de saúde e saneamento.

No Brasil do século XIX, segundo Pereira et al. (2012), a constituição de saneamento, como política pública, esteve associada à abordagem sanitária clássica influenciada pelo movimento higienista, pautado fortemente no controle de epidemias, da salubridade e habitabilidade dos centros urbanos. Esse movimento foi liderado por Oswaldo Cruz, então Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Oswaldo propôs erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro e controlar os índices de morbimortalidade de modo geral. Este modelo de intervenção ficou conhecido como Campanhista e foi concebido dentro de uma visão militar (em que os fins justificam os meios) caracterizado pelo uso da força e da autoridade como instrumentos preferenciais de ação.

Ainda de acordo com os mesmos autores, enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, assentada na monocultura cafeeira, exigiu-se do sistema de saúde, sobretudo, uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século XIX até o início dos anos de 1960, predominou no país o Modelo do Sanitarismo Campanhista.

No Brasil, o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) foi a principal experiência na área de investimentos em serviços públicos de água, esgoto e drenagem. Tratava-se de uma política nacional de cunho centralizado e vertical representando a primeira iniciativa governamental no setor de saneamento com caráter de sistema (SOUSA, 2011).

o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) foi formulado pelo governo federal ao longo da década de 1960 e lançado em 1970. Esse plano foi o responsável pela criação de companhias estaduais e pelo arcabouço institucional que vigora até hoje na prestação dos serviços de saneamento do país. Com o objetivo de eliminar o déficit de abastecimento de água e de esgotamento sanitário adequado, o plano previa alcançar em 1990 uma cobertura de acesso à água para 90% da população urbana e de 65% para a de esgotamento sanitário adequado. Não houve fixação de metas, porém, para a drenagem das águas pluviais, manejo de resíduos sólidos e limpeza pública (SOUSA, 2011, p. 15).

Ainda segundo esta autora, o esgotamento deste plano se deu a partir da extinção do Banco Nacional de Habitação (BNH), principal fonte de financiamento do setor em 1986 e marcou o início de uma crise sem precedentes no setor. Esta crise levou a um aumento insuficiente dos indicadores de cobertura, tendo em vista a meta de universalização para 2010, proposta nos anos 1990 pela gestão FHC.

A crise do endividamento externo e o declínio dos recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) em face do desemprego na década de 1980 retraíram as fontes que financiavam o setor, inviabilizando a existência do BNH e, conseqüentemente, do próprio PLANASA. A partir de então, houve uma pulverização institucional do setor de saneamento que incluiu a transferência das instituições federais encarregadas das políticas urbanas entre diferentes ministérios e de suas funções, entre diferentes secretarias, até 1995. Isso dificultou a recriação de um espaço institucional definido, como houvera nos 1970, para a formulação e gestão dos programas de saneamento (SOUSA, 2011, p. 16).

Mercedes (2002) mostra em sua tese que nos primeiros anos do início da década de 1990, com o fim do PLANASA, vigorou no país um modelo centralizado de financiamento do setor de saneamento através da Caixa Econômica Federal com os recursos do FGTS. O governo do Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato, implementou um sistema descentralizado de captação de recursos, baseado na formação de instâncias colegiadas nos estados, nas quais teriam assento os grupos diretamente interessados na questão do saneamento. Prosseguido, a autora vai argumentar que a agressiva política de reestruturação e desestatização dos setores de infraestrutura implementada por FHC como uma segunda etapa do Plano Nacional de Desenvolvimento também teve seus reflexos sobre o financiamento da expansão do saneamento. Restrições progressivas ao crédito, vinculado, de início, ao cumprimento de critérios de desempenho operacional e gerencial, e posteriormente, a interrupção de programas, como ocorreu com o Pró-saneamento, finalmente, o arrocho do contingenciamento promovido pela portaria do

Conselho Monetário Nacional (CMN) nº 2.521²², estrangularam de tal forma a contratação de novos investimentos que o saldo ocioso no FGTS remontou à casa de bilhões.

A Constituição Federal de 1988 preconiza que é de competência da União “instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos” bem como “promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico” (CF 1988, artigo 21º Parágrafo XX e artigo 23º Parágrafo IX). Neste sentido o saneamento é percebido como uma política fundamental para o desenvolvimento urbano das cidades brasileiras, integrada com as políticas urbanas de habitação, meio ambiente, mobilidade urbana etc. Entretanto, as ações governamentais na área de saneamento revelaram-se pontuais e desarticuladas, uma vez que as funções de agente financeiro central dos sistemas financeiros de habitação e saneamento foram transferidas do BNH à Caixa Econômica Federal e os recursos do FGTS passaram a ser concorridos por outros setores sociais. O resultado foi uma drástica redução de investimentos no setor, o que gerou um forte entrave no avanço dos serviços de saneamento no país (SOUSA, 2011).

Para entendermos a problemática da política de subfinanciamento do setor de saneamento é necessário atentarmos para análise da reconfiguração do processo de produção capitalista a partir dos meados da década de 1970. O referido processo culminou no esgotamento do padrão taylorista/fordista de produção e do Estado de Bem-Estar-Social, ocasionando assim um reordenamento do capital sob a hegemonia do capital financeiro, do padrão de produção conhecido como toyotista e a emergência do Estado neoliberal. Esse tema foi discutido no segundo capítulo dessa dissertação.

Com a redemocratização do país, a política de saneamento tornou-se, na expressão da autora Ana Cristina de Sousa (2011), a “filha bastarda” das políticas sociais brasileiras. De acordo com a mesma, na virada do século XXI, enquanto o Executivo Federal patrocinava a universalização do sistema de saúde e da educação básica no Brasil, o acesso ao esgotamento sanitário não atingiu sequer metade da população brasileira, especialmente os mais pobres.

Aponta Sousa (2011), que durante a década de 1990, o Brasil começa a experimentar o modelo de ajuste estrutural ditado pelo Consenso de Washington (1989) cujo receituário para os países em desenvolvimento pressupunha uma redefinição do papel do Estado e das políticas

²² Trata-se da Resolução que sob a orientação do FMI, Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento determinou a suspensão das operações de crédito com recursos do FGTS ao setor público, mais precisamente nas áreas de habitação, saneamento e infraestrutura em geral.

sociais. Esse documento tinha como condicionante para disponibilização de financiamentos internacionais a implementação e o cumprimento do modelo neoliberal, que preconiza a intervenção mínima do Estado na economia nacional, regulando-a e abrindo espaço para o investimento privado em amplos setores produtivos da sociedade, entre os quais, o de saneamento. Nessa lógica, o Estado passou a ser entendido não mais como o provedor de políticas públicas e sim como complementador e regulador, devendo estabelecer suas funções de acordo com sua capacidade.

Os programas de ajuste estrutural formulados pelas agências multilaterais internacionais (Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial) se baseavam em três elementos básicos: redução dos gastos públicos, realocação de recursos necessários ao aumento de *superávits* na balança de pagamentos e reformas, visando aumentar a eficiência do sistema econômico. As principais diretrizes dos organismos internacionais recomendavam que a reforma do Estado fosse orientada para o mercado, exigindo o abandono de instrumentos de controle político e a restrição na alocação de recursos públicos, principalmente na política social. As agências de cooperação internacional, especialmente o Banco Mundial e FMI articularam uma aliança tecnocrática transnacional com o objetivo de racionalizar os investimentos nessa área, diminuindo o papel do Estado como prestador direto dos serviços e fortalecendo as ações de natureza privada na provisão dos mesmos (SOUSA, 2011).

Nesse cenário, as possibilidades de manter o patamar do gasto social federal alcançado em virtude das conquistas sociais de 1988 foram substancialmente restringidas (FAGNANI, 2005). Segundo o autor, o principal objetivo da contrarreforma do setor de saneamento, entre 1993 e 2002, foi a implementação do paradigma neoliberal, baseado na privatização e abertura do mercado nos mesmos moldes seguidos nos demais serviços públicos no campo da infraestrutura econômica. Conforme o autor, esse processo de privatização se deu sem regras definidas e de forma predatória, trazendo consequências devastadoras sobre as possibilidades futuras de universalização dos serviços de saneamento, cuja face mais gritante é a existência de milhões de pessoas destituídas de redes de coleta de esgoto e de mais de 90% do esgoto coletado não ser tratado.

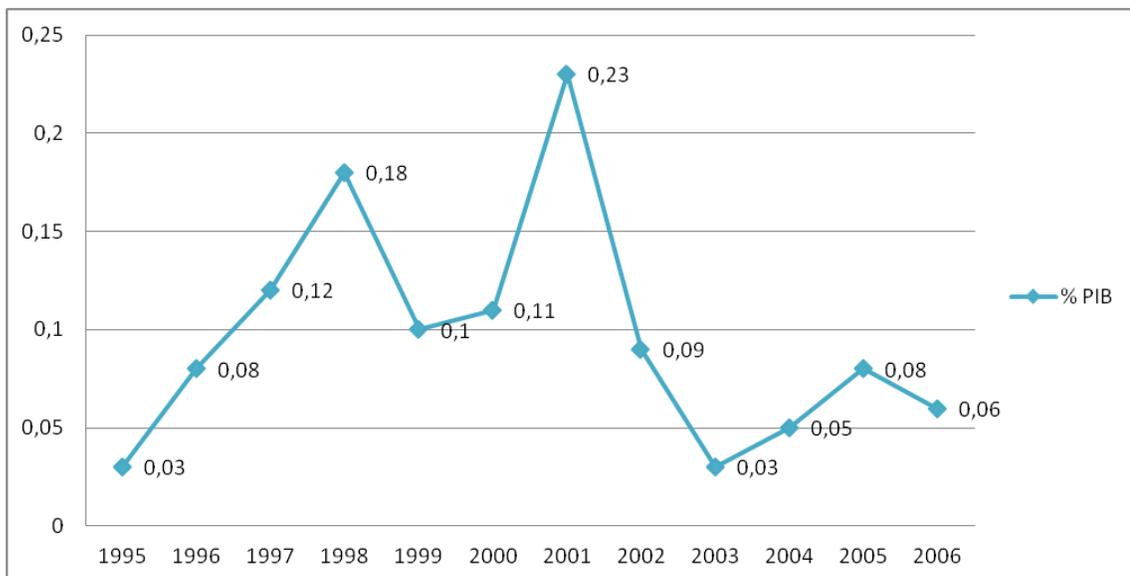
Paralelamente às tentativas para implantar o paradigma liberal no setor, os órgãos públicos estaduais e municipais, os reais responsáveis pela oferta dos serviços de saneamento, ficaram à míngua, num processo contínuo de asfixia financeira e sucateamento, sobretudo por conta das restrições fiscais e monetárias impostas pela

política econômica. É o caso, especialmente, das 25 Concessionárias Estaduais de Saneamento (CES), que ainda são responsáveis pela prestação do serviço em cerca de dois terços dos municípios brasileiros (cerca de 3.700 municípios), atendendo uma população de mais de 90 milhões de pessoas. O mesmo se observa no tocante aos municípios autônomos, que respondem pela maior parte da parcela restante (FAGNANI, 2005, p. 488).

Sousa (2011) ao mencionar o estudo de R. Bielschowsky realizado em 2002 mostra que o setor de saneamento básico está dentre os setores de infraestrutura que mais sofreram queda de investimentos nas décadas de 1980 e 1990. Isso porque as médias investidas desde então jamais se aproximaram das médias dos anos 1970, o quando da vigência do PLANASA onde as médias de investimentos anuais do governo federal variaram entre 0,3 e 0,4% do Produto Interno Bruto (PIB).

Na Figura 1 é apresentado o total de investimentos em saneamento básico pelo PIB dentre os anos de 1995-2006. Neste gráfico, pode ser observado que os maiores investimentos foram realizados nos anos de 1998 e 2001, com 0,18% do PIB e 0,23% do PIB respectivamente. Por outro lado, os menores investimentos foram observados nos anos de 1995 e 2003, ambos com 0,03% do PIB. O mais importante a notar nesta Figura é que a partir de 2002 o investimento em saneamento como proporção do PIB teve uma diminuição em comparação aos anos anteriores da série histórica analisada.

Figura 1: Gasto federal com saneamento, como proporção (%) de PIB Brasil (1995-2006).



Fonte: IPEA/DISOC - estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR, das Contas Nacionais do IBGE e do FGTS da Caixa Econômica Federal, 2007, apud SOUSA, 2011.

Segundo Sousa (2011), esses números mostram que apesar do reconhecimento dos impactos das condições de saneamento na redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, a expansão da oferta de serviços de saneamento básico tem sido bastante tímida nas duas últimas décadas no Brasil. Realidade que não condiz com o dinamismo da economia observado nos últimos anos, que colocam o país entre as dez primeiras economias do mundo.

Conforme os cálculos do governo, baseados em um crescimento do PIB em 4% ao ano, a universalização do acesso ao saneamento no Brasil até 2020 necessitaria de um investimento anual de 0,45% do PIB. No entanto, para a Organização das Nações Unidas (ONU) esse investimento deveria ser de no mínimo 1% do PIB.

No ano 2000, em atendimento aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio²³ acordados com a ONU, novas metas foram fixadas para 2015 e 2025. Neste acordo, o Brasil se comprometeu, como meta intermediária, a reduzir pela metade o número de pessoas sem acesso ao saneamento básico até 2015, em direção à universalização desses serviços no ano de 2025 (SOUSA, 2011). O que significa elevar o acesso à água potável e ao esgotamento sanitário adequado para, respectivamente, 84,88% e 69,71% da população brasileira até 2015 (SOUSA, 2011).

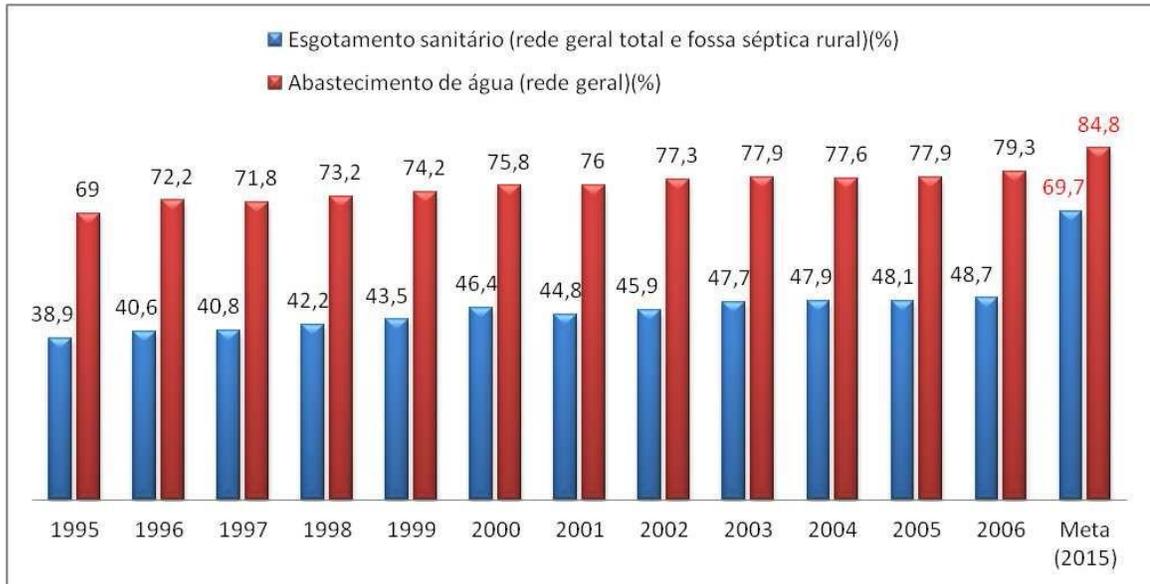
Dados sobre moradores com acesso ao abastecimento de água e esgotamento sanitário no Brasil (1995-2006) são apresentados na Figura 2, onde observa-se que em 2006 a cobertura do esgotamento sanitário geral era de 48,7% enquanto que o abastecimento da água era de 79,3%. Isso significa que até 2015 o Brasil teria que suprir mais 21,07% de esgotamento sanitário e mais 5,58% de abastecimento da água.

Apointa Sousa (2011) que no Brasil, a distribuição dos serviços que compreendem a política de saneamento está marcada por uma grande desigualdade entre regiões e por um grande *déficit* de acesso, principalmente em relação à coleta e tratamento de esgoto. Esta realidade pode ser confirmada na pesquisa “Impactos Sociais de Investimentos em Saneamento”, feita pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 2007, o qual afirma que pelo ritmo atual de investimento, a universalização do acesso a esgoto tratado no Brasil só deve

²³ Sobre o assunto consultar o site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) , em <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>

acontecer em 2122. O levantamento aponta ainda que a falta de saneamento básico atinge 47% da população brasileira, sendo as crianças de 1 a 6 anos as principais vítimas.

Figura 2: Moradores com acesso ao abastecimento de água e esgotamento sanitário no Brasil (1995-2006).



Fonte: PNAD/IBGE (1995-2007), apud SOUSA, (2011).

O esgotamento sanitário inadequado representa, definitivamente, um grande risco para a integridade dos mananciais hídricos, particularmente diante de um cenário próximo de escassez de água doce no mundo, tornando a universalização de seu acesso um ponto prioritário na pauta do saneamento básico. Isso quer dizer que mesmo com os investimentos no setor nos últimos anos, existe ainda a necessidade de investimentos mais significativos e uma atenção maior do Estado brasileiro. Nesse sentido, a insuficiência ou ausência de investimentos, ou seja, o subfinanciamento do setor de saneamento torna-se um entrave para o cumprimento das metas de universalização (SOUSA, 2011).

Nos últimos anos, as principais normas que regulam o setor de saneamento estão representadas pela Lei 11.445/2007, a pela Lei 9.433/1997, referente à Política Nacional de Recursos Hídricos (PNRH), e pela Lei 12.305/2010. Verificam-se nestas leis algumas exigências para garantir a sustentabilidade dos investimentos em saneamento, mas segundo Souza, Freitas e Moraes (2007), ainda existe uma predominância de conceitos preventivistas e omissões discursivas, além de visões ambíguas dentro de uma mesma legislação. A criação do Ministério das Cidades em 2003 possibilitou a aprovação de um marco regulatório do saneamento conhecido

como Lei 11.445/2007. Essa lei estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, prevê a universalização do acesso e a integralidade compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, propiciando à população o acesso na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados. A lei ainda prevê que a união, estados e municípios, na execução dos serviços de saneamento deverão promover a elaboração dos respectivos planos de saneamento básico, além de garantir a regulação e fiscalização dos serviços prestados; a constituição de instâncias de controle social, e estabelecer o sistema de informações e serviços integrado ao Sistema Nacional de Informações em Saneamento (SNIS). Os planos de saneamento passam a ser instrumento importante não só para o planejamento e avaliação da prestação dos serviços como também para a obtenção de financiamento. Isso porque, segundo a Lei 11.445/2007, a alocação de recursos federais será feita em conformidade com as diretrizes e objetivos da Política Federal de Saneamento Básico (artigos. 48 e 49), e com os planos de Saneamento Básico (artigo 50). Ou seja, os planos passam a ser um referencial para a obtenção de recursos.

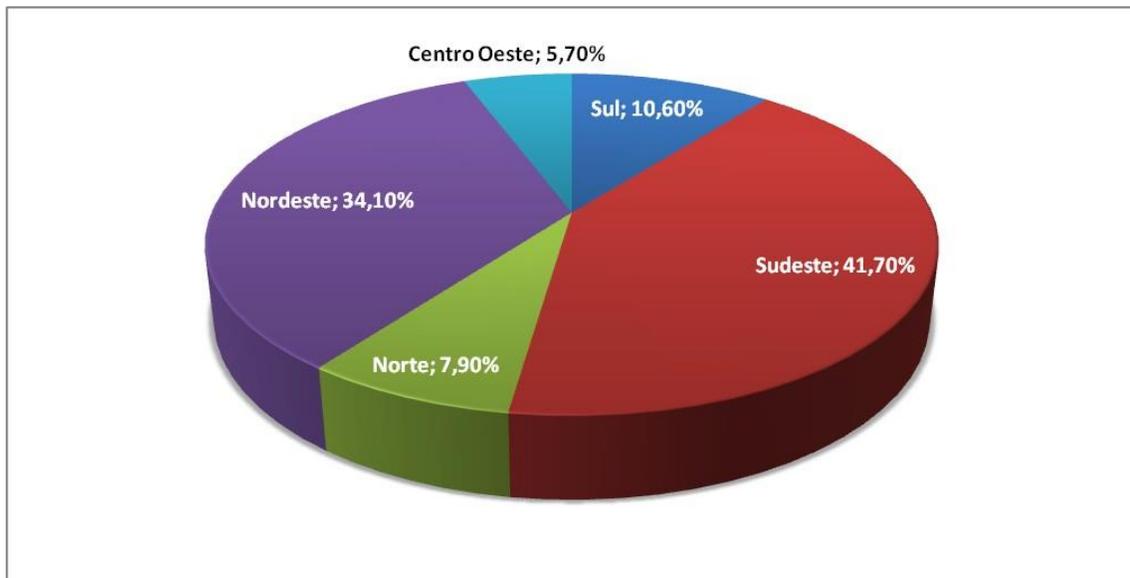
A partir do ano de 2007 vivencia-se no país uma efervescência no setor do saneamento, com a aprovação da Lei supracitada e assim, grandes investimentos têm sido realizados pelo governo federal através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para o eixo urbano no país, e através do Programa “Saneamento para Todos”. Porém, o modelo de investimento crescentemente direcionado para as Parcerias Público-Privado (PPP) , como assinalam Pereira et al. (2012), consolidam a dualidade entre saneamento como direito e saneamento como mercadoria, além de dificultar a acessibilidade e a universalização dessa política pública para a grande maioria da população, impactando nas suas condições de vida e de moradia dignas.

No tocante a situação de saneamento no Brasil, os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) realizada em 2008, pouco mais da metade dos municípios brasileiros (55,2%) tinham serviço de esgotamento sanitário por rede coletora, que é o sistema apropriado, marca pouco superior à observada na pesquisa anterior, realizada em 2000, que registrava 52,2%. Em 2008, a proporção de municípios com rede de coleta de esgoto foi bem inferior à de municípios com rede geral de distribuição de água (99,4%), manejo de resíduos sólidos (100,0%) e manejos de águas pluviais (94,5%). A região do Nordeste se apresentava com situações mais graves em termos da

falta de rede coletora de esgotamento sanitário, atingindo aproximadamente 15,3 milhões de habitantes. A escassez dos serviços eram maiores nos estados da Bahia, Maranhão e Piauí. Em segundo lugar, figurou a região Norte do país, com cerca de 8,8 milhões de pessoas sem rede de coleta de esgoto, das quais 60% concentradas no Estado do Pará (IBGE, 2008).

Na Figura 3 é apresentada a distribuição total dos gastos desembolsados por macrorregiões, onde pode ser observado que a maior parte dos valores desembolsados (soma de recursos onerosos e não onerosos²⁴) em 2010 foi direcionada para os estados e municípios das regiões Sudeste (41,7%, correspondente a R\$ 2,67 bilhões) e Nordeste (34,1%, correspondente a R\$ 2,18 bilhões). No entanto a região Norte teve apenas 7,9% de investimentos em iniciativas de saneamento básico.

Figura 3: Gastos totais desembolsados em iniciativas de saneamento básico por Região do Brasil em 2010 (Em %).



Fonte: Ministério das Cidades, 2013. Disponível em <<http://www.cidades.gov.br>>.

Segundo a IBGE (2008), a maior parte dos municípios brasileiros (87,2%) possuía serviço de distribuição de água. No entanto, há que se registrar que em 6,2% dos mesmos a água era parcialmente tratada e em 6,6% não havia tratamento nenhum. Em 2008 dentre os municípios que

²⁴ Os investimentos no setor de saneamento básico são constituídos por recursos não onerosos e onerosos. Os recursos de fontes não onerosas são oriundos do Orçamento Geral da União (OGU) e não prevêm retorno financeiro direto dos investimentos, pois os agentes beneficiados não precisam ressarcir os cofres da União. Já os recursos onerosos são provenientes de operações de crédito e têm como fontes o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Trata-se de empréstimos de longo prazo concedidos a taxas de juros reduzidas para investimentos em ações de saneamento básico (BRASIL, 2011).

distribuíam água sem qualquer tipo de tratamento destacavam-se os situados na Região Norte (20,8% dos municípios). Nessa região, os estados do Pará (40,0% dos municípios do estado) e Amazonas (38,7%) apresentaram as maiores proporções.

Os dados apresentados a seguir sobre a situação de saneamento no Brasil (Tabela 1 e Tabela 2, Figura 4 e Figura 5), são os mais atuais apurados no Resultado do Universo do Censo 2010, divulgados pelo IBGE em 2011.

Primeiramente, na Tabela 1 são apresentados os dados referentes a domicílios particulares permanentes com acesso aos serviços de abastecimento de água em todas as regiões do Brasil no ano de 2010. Os dados revelaram que a rede geral de abastecimento de água com canalização interna estava disponível em 82,9% dos domicílios particulares permanentes brasileiros. Entretanto, a região Norte apresentava o pior índice, com um total de 54,5 % dos domicílios, seguido da região Nordeste, com 76,6 % dos domicílios e as regiões Centro-Oeste (81,8 %), Sul (85,5 %) e Sudeste (90,3 %). A mesma situação é observada nas áreas urbanas, onde a região Norte apresentava 66,6 % dos domicílios, seguido da região Centro-Oeste (90 %), Nordeste (90,5 %), Sul (94,7 %) e Sudeste (95,3 %).

Na Tabela 2, são apresentados dados referentes aos domicílios particulares permanentes com acesso aos serviços de esgotamento sanitário, segundo dados do Censo 2010, por situação do domicílio. Pode ser observado que o esgotamento sanitário estava presente em 67,1% dos domicílios do país, sendo que 55,5% dos domicílios possuíam acesso à rede pública e 11,6% eram conectados às fossas sépticas. Por outro lado, a região Norte apresentava um dos maiores índices do esgotamento sanitário por fossa séptica (total de 18,8 %), perdendo apenas para a região Sul (total de 25,7 %). Na análise regional do acesso dos domicílios ao esgotamento sanitário tanto por rede geral quanto por fossa séptica (em termos percentuais) nas áreas urbanas, a Região Norte possuía a menor cobertura com apenas 40,6% dos domicílios urbanos que tinham acesso à esses serviços em oposição a uma cobertura superior a 90% dos domicílios localizados na Região Sudeste.

Tabela 1: Domicílios particulares permanentes com acesso aos serviços de abastecimento de água, segundo dados do Censo 2010, por situação do domicílio.

Grandes Regiões	Domicílios Totais		Abastecimento de Água ²⁵	
			Acesso à rede	
			Nº	%
Norte	Urbana	3.012.377	1.995.556	66,2
	Rural	963.156	170.23	17,7
	TOTAL	3.975.533	2.165.786	54,5
Nordeste	Urbana	11.199.958	10.132.124	90,5
	Rural	3.722.943	1.300.595	34,9
	TOTAL	14.922.901	11.432.719	76,6
Sudeste	Urbana	23.539.756	22.430.151	95,3
	Rural	1.660.025	320.603	19,3
	TOTAL	25.199.781	22.750.754	90,3
Sul	Urbana	7.615.138	7.212.705	94,7
	Rural	1.276.141	387.919	30,4
	TOTAL	8.891.279	7.600.624	85,5
Centro-Oeste	Urbana	3.859.520	3.472.884	90
	Rural	475.153	71.258	15
	TOTAL	4.334.673	3.544.142	81,8
BRASIL	Urbana	49.226.749	45.243.420	91,9
	Rural	8.097.418	2.250.605	27,8
	TOTAL	57.324.167	47.494.025	82,9

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010, disponível em: <http://www.cidades.gov.br>

²⁵ Abastecimento de água com rede geral e canalização interna.

Tabela 2: Domicílios particulares permanentes com acesso aos serviços de esgotamento sanitário, segundo dados do Censo 2010, por situação do domicílio.

Grandes Regiões	Domicílios Totais		Esgotamento Sanitário					
			Acesso à rede ²⁶		Acesso à fossa ²⁷		Rede + fossa	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	Urbana	3.012.377	547.089	18,2	676.7	22,5	1.223.789	40,6
	Rural	963.156	8.764	0,9	72.349	7,5	81.113	8,4
	Total	3.975.533	555.853	14	749.049	18,8	1.304.902	32,8
Nordeste	Urbana	11.199.958	4.987.959	44,5	1.367.358	12,2	6.355.317	56,7
	Rural	3.722.943	81.435	2,2	310.173	8,3	391.608	10,5
	Total	14.922.90	1 5.069.394	34	1.677.531	11,2	6.746.925	45,2
Sudeste	Urbana	23.539.756	20.298.319	86,2	1.062.381	4,5	21.360.700	90,7
	Rural	1.660.025	129.259	7,8	310.959	18,7	440.218	26,5
	Total	25.199.78	1 20.427.588	81,1	1.373.340	5,4	21.800.918	86,5
Sul	Urbana	7.615.138	4.040.786	53,1	1.912.351	25,1	5.953.137	78,2
	Rural	1.276.141	29.371	2,3	371.338	29,1	400.709	31,4
	Total	8.891.279	4.070.157	45,8	2.283.689	25,7	6.353.846	71,5
Centro Oeste	Urbana	3.859.520	1.660.592	43	512.724	13,3	2.173.316	56,3
	Rural	475.153	3.292	0,7	57.084	12	60.376	12,7
	Total	4.334.673	1.663.884	38,4	569.808	13,1	2.233.692	51,5
BRASIL	Urbana	49.226.749	31.534.745	64,1	5.531.514	11,2	37.066.259	75,3
	Rural	8.097.418	252.121	3,1	1.121.903	13,9	1.374.024	17
	Total	57.324.16	7 31.786.866	55,5	6.653.417	11,6	38.440.283	67,1

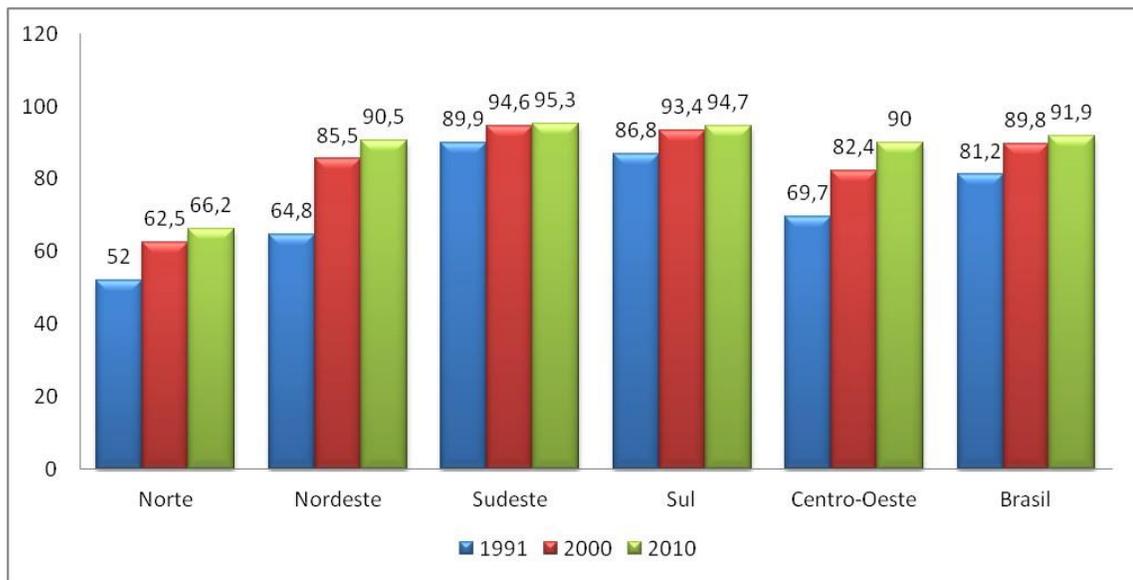
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010, disponível em: <http://www.cidades.gov.br>

Na Figura 4 são apresentados dados sobre a evolução regional da cobertura dos serviços de abastecimento de água por rede geral em áreas urbanas, em percentuais de domicílios atendidos, de acordo com os Censos Demográficos realizados pelo IBGE nos anos de 1991, 2000 e 2010. Observa-se que, em 2010, a Região Norte continuava sendo a macrorregião com o menor índice de cobertura de abastecimento de água por rede geral em áreas urbanas do Brasil: 66,2%.

²⁶Esgotamento sanitário por rede coletora.

²⁷Esgotamento sanitário por fossa séptica.

Figura 4: Evolução da cobertura dos serviços de abastecimento de água por rede geral em áreas urbanas por Região - Brasil, 1991 a 2010 (%).



Fontes: IBGE - Censo Demográfico 1991, Censo Demográfico 2000 e Censo Demográfico 2010.

A cobertura apurada na Região entre 1991 e 2000 teve um aumento significativo de 52% para 62,5% (10,5 pontos percentuais), porém, de 2000 para 2010 o aumento foi somente de 3,8 pontos percentuais.

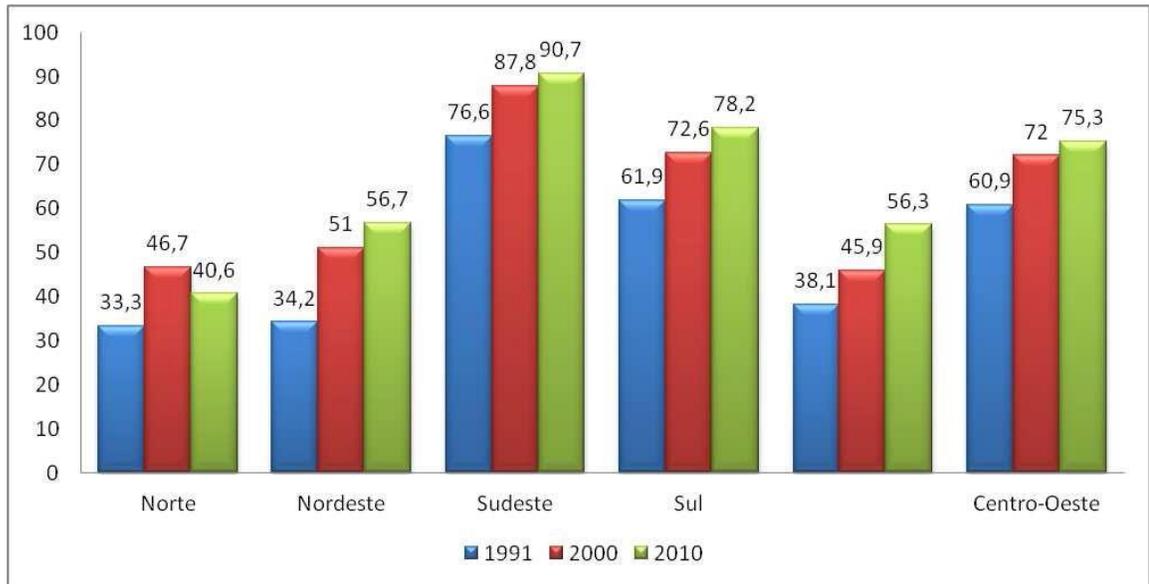
Em 1991 apurou-se na região Norte um *déficit* de atendimento de 571 mil domicílios, número que cresceu 33,9% em 2000, aumentando para 765 mil domicílios. Entre 2000 e 2010 o crescimento do *déficit* também foi de aproximadamente 33%, passando para um milhão de domicílios sem acesso aos serviços no período.

Com relação à evolução regional da cobertura dos serviços de esgotamento sanitário (rede e fossa) em áreas urbanas, em percentuais de domicílios atendidos entre os anos de 1991 e 2010 (Figura 5), segundo os dados dos Censos Demográficos a região Norte se manteve como a região com menor índice de acesso ao esgoto por rede geral e fossa séptica entre 1991 e 2010 em áreas urbanas.

Em 1991, 33% dos domicílios urbanos da região eram cobertos, percentual que aumentou para 46,7% no Censo de 2000 (aumento de 13,4 pontos percentuais), mas reduziu-se para 40,6% de acesso em 2010 (redução de 6 pontos percentuais entre 2000 e 2010). Em valores absolutos, 396 mil domicílios tinham acesso ao esgotamento sanitário (rede ou fossa) na região Norte em 1991 e, em 2000, esse número era de 951 mil domicílios. Em 2010, o número de domicílios

urbanos cobertos aumentou para 1,2 milhão, apesar da redução do percentual de acesso observado no período.

Figura 5: Percentual de domicílios particulares permanentes urbanos com acesso aos serviços de rede de esgotos ou fossa séptica por Região do Brasil – 1991-2010 (%).



Fontes: IBGE - Censo Demográfico 1991, Censo Demográfico 2000 e Censo Demográfico 2010.

Entre 1991 e 2010, a região Norte apresentou o maior aumento do *déficit* (36,9%), passando de 795 mil domicílios sem acesso em 1991 para 1,1 milhão em 2010. Quanto ao *déficit* absoluto, a partir dos dados, nota-se que a região Nordeste era a região que apresentava o maior *déficit* em valores absolutos nos Censos de 1991, 2000 e 2010. Na região, em 1991, 3,7 milhões de domicílios urbanos não possuíam acesso ao esgotamento sanitário; em 2000, esse número passou para aproximadamente 4 milhões; e, em 2010 cresceu para 4,8 milhões de domicílios urbanos (BRASIL, 2011).

Como observou o próprio Brasil (2011), partindo dos dados apurados pelos Censos 1991, 2000 e 2010, tanto para o abastecimento de água, como para o esgotamento sanitário, deve-se levar em consideração o aumento populacional nos períodos e o crescimento domiciliar, evidenciando que as políticas públicas de saneamento básico não têm conseguido acompanhar o ritmo de crescimento populacional nas últimas décadas.

Com base nos números acima apresentados, pode-se observar que apesar dos avanços alcançados em termos de aumento de cobertura nos serviços de saneamento (PNSB de 2008 e Censo 2010) os dados ainda são preocupantes, visto que existem ainda milhões de brasileiros sem

acesso ao abastecimento de água e principalmente à rede de esgoto sanitário. Esse *déficit* na cobertura se explica no entender de Pereira et al. (2012), no fato de que os recursos que financiam ações estatais públicas voltadas para a universalização do acesso aos serviços que integram o saneamento, permanecem contingenciados, dentro dos critérios de garantia da política econômica superavitária que permaneceu nos dois mandatos do então presidente Lula (2003-2006 e 2007-2010).

É evidente a relação direta entre a falta de saneamento e a ocorrência de diversas doenças infecciosas e parasitárias que têm no meio ambiente uma fase de seu ciclo de transmissão, como por exemplo, as doenças de veiculação hídrica: as de transmissão fecal-oral ou as transmitidas por vetores.

Segundo Franco (2007), a ocorrência de doenças causadas por veiculação hídrica configura um quadro de graves problemas de saúde pública no mundo. Essas doenças são aquelas em que a água atua como veículo de agentes infecciosos. Os microrganismos patogênicos excretados por pessoas ou animais infectados contaminam a água, causando problemas principalmente no aparelho intestinal do homem. Essas doenças podem ser causadas por bactérias, fungos, vírus, protozoários e helmintos.

Na literatura científica a centralidade da relação entre saúde e saneamento existe desde a Antiguidade. O tratado de Hipócrates, 400 a.C., já abordara a influência da água, da terra, do fogo e do ar sobre a saúde do homem (RIBEIRO; MARIN, 2002). A água constitui um dos elementos fundamentais para a reprodução da vida. Desde a Antiguidade, nas civilizações grega, romana, egípcia, indiana e inca, o homem se preocupa com o uso da água e as enfermidades a ela relacionadas.

No século XVIII, o aparecimento das grandes epidemias faz emergir uma nova preocupação com a qualidade da água para abastecimento público, quando John Snow²⁸ demonstrou em 1855, que nas comunidades londrinas abastecidas com a água captada a jusante do lançamento dos esgotos domésticos, a mortalidade pela cólera era seis vezes superior à das comunidades em que a captação da água era feita a montante dos lançamentos dos esgotos. A partir dessa constatação epidemiológica surgem as primeiras medidas sanitárias destinadas a

²⁸ John Snow (1813-1858) foi um médico inglês, higienista e pioneiro na adoção de anestesia. Ele é considerado um dos pais da epidemiologia moderna devido ao seu trabalho em traçar a origem de um surto de cólera no bairro londrino do Soho em 1854

eliminar uma das principais causas de deterioração da saúde humana, e no caso, produzida pela ingestão de água contaminada (RIBEIRO; MARIN, 2002).

No século XX, conforme Ribeiro e Marin (2002), a contaminação da água, seja por dejetos domésticos ou industriais, que ocorreu ao longo dos anos, tem como causas principais o desenvolvimento industrial, o crescimento demográfico e a ocupação do solo de forma intensa e acelerada. Esse processo crescente de degradação do curso da água contribui para o aumento das enfermidades decorrentes de veiculação hídrica, em particular, as de transmissão fecal-oral, associadas principalmente à falta saneamento básico.

A expansão e as modificações frenéticas dos processos produtivos, o crescimento populacional, a ocupação de variados nichos ecológicos, as migrações e urbanizações descontroladas têm desestabilizado as condições de equilíbrio dos recursos ambientais, entre eles os hídricos. Ações prejudiciais ao meio ambiente aumentam significativamente as condições para que as populações tenham graves doenças (RODRIGUES; MALAFAIA, 2009, p. 14).

Para Rodrigues e Malafaia (2009), com base nos estudos do autor Vargas (1999), em países em desenvolvimento o uso dos recursos hídricos, especialmente no espaço urbano, tem sido responsável por grande parte da sua poluição, em virtude, principalmente, do lançamento constante de efluentes domésticos, praticamente, sem tratamento de residências e/ou empresas.

A água de consumo humano é um dos importantes veículos de enfermidades diarreicas de natureza infecciosa. As doenças de veiculação hídrica são causadas principalmente por microrganismos patogênicos de origem entérica, animal ou humana, transmitidos basicamente pela rota fecal-oral, ou seja, são excretados nas fezes de indivíduos infectados e ingeridos na forma de água ou alimento contaminado por água poluída com fezes (RODRIGUES; MALAFAIA, 2009).

As doenças de veiculação hídrica, sobretudo aquelas causadas pelos protozoários intestinais, emergiram como um dos principais problemas de saúde pública nos últimos 25 anos, apesar da adoção de regulamentos e medidas cada vez mais restritivas (em países como Estados Unidos e Reino Unido), e dos avanços em tecnologia de tratamento (FRANCO, 2007). Ainda segundo Franco (2007), antes da década de 1980, em nível global, disenteria, febre tifoide e paratifoide eram as principais doenças associadas à água, mas a melhoria nos processos de tratamento de água, especialmente cloração, foi altamente efetiva em reduzir os patógenos

entéricos bacterianos. Após 1980, os protozoários parasitas *Cryptosporidium spp.* e *Giardia spp.*²⁹ emergiram como os principais contaminantes associados à veiculação hídrica: no mínimo, 325 surtos epidêmicos associados aos protozoários parasitas, transmitidos pela água foram reportados.

Segundo Franco (2007), zelar pela qualidade da água que a população consome no seu dia a dia é uma importante atribuição conferida ao SUS como meio de prevenir doenças causadas por veiculação hídrica. Existe uma intrínseca relação entre o acesso à água de boa qualidade, adequada infraestrutura de saneamento e saúde humana. Entretanto, as fontes de água doce utilizadas pelo ser humano, na forma de poços, rios, riachos e lagos, hoje sofrem um contínuo e crescente processo de degradação em função do despejo de esgotos *in natura* ou tratados, de fezes humanos e de animais, além dos efluentes resultantes das atividades industriais.

Segundo documentos oficiais da Fundação Nacional da Saúde Brasil (2006), a água pode afetar de várias maneiras a saúde do homem, seja pela ingestão direta, na preparação de alimentos, na higiene pessoal, na agricultura, na higiene do ambiente, nos processos industriais ou nas atividades de lazer, sendo os riscos para a saúde relacionados com a água distribuídos em duas categorias:

o riscos relacionados com à ingestão de água contaminada por agentes biológicos (bactérias, vírus e parasitos), pelo contato direto, ou por meio de insetos vetores que necessitam da água em seu ciclo biológico; o riscos derivados de poluentes químicos e radioativos, geralmente efluentes de esgotos industriais, ou causados por acidentes ambientais (BRASIL, 2006, p. 36–37).

Segundo (LIMA, 1979 apud RIBEIRO; MARIN, 2002, p. 164), a poluição da água resulta na modificação das características de um ambiente, afetando de maneira nociva a vida e o bem-estar de todos os seres vivos. Com base nos dados do Guia do Saneamento (2000), Ribeiro e Marin (2002, p. 165), destacam que as três maiores fontes de poluição dos cursos d'água são, em geral, os esgotos domésticos, os efluentes industriais e a água de escoamento superficial do solo, sendo estes fatores que impactam os habitantes dos países de Terceiro Mundo.

As principais doenças infecciosas e parasitárias causadas por veiculação hídrica segundo a OMS (2008), são, dentre outras: infecções intestinais por nematóides, diarreia, filariose linfática,

²⁹ São reconhecidos como agentes primários de problemas intestinais em seres humanos e animais. A transmissão desses parasitas pode ocorrer pela via fecal-oral ou por meio da ingestão de água e alimentos contaminados. JOHNSON et al. The prevalence of shedding of *Cryptosporidium* and *Giardia* spp. based on a single fecal sample collection from each of 91 horses used for backcountry recreation. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation*, v.9, p.56-60, 1997.

tracoma, esquistossomose, febres tifoide e paratifoide, hepatite infecciosa (tipo A), cólera, desnutrição e as doenças transmitidas por vetores que se relacionam com a água como a dengue, malária, oncocercose e febre amarela.

A Brasil (2006) classifica em quatro grupos as doenças relacionadas à veiculação hídrica, dentre outras: 1. as transmitidas pela água: cólera, febre tifoide, giardíase, amebíase, hepatite infecciosa, diarreia aguda; 2. as transmitidas pela falta de limpeza e higienização com a água: escabiose, pediculose, tracoma, conjuntivite bacteriana aguda, salmonelose, tricuriase, enterobíase, ancilostomíase e ascaridíase; 3. as transmitidas por vetores que se relacionam com a água: malária, dengue, febre amarela, filariose e 4. as associadas à água: esquistossomose e leptospirose. As doenças de veiculação hídrica constituem um grande problema de saúde pública, sendo de maior incidência em espaços, países e continentes onde as condições de saneamento e de infraestrutura, de modo geral são precárias.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SANEAMENTO SOB A ÓTICA DA INTERSETORIALIDADE

Historicamente, a atenção básica no Brasil se constitui num nível de atenção em saúde negligenciado em detrimento da adoção por parte do Estado de um modelo assistencial centrado no curativismo e na assistência médico-hospitalar, tendo apresentado poucas experiências voltadas para a prevenção e promoção em saúde. De acordo com Batista Júnior (2011), no Brasil a prática recorrente tem sido de tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a promoção efetivada saúde. Assim apesar dos importantes avanços pontuais nos 20 anos do SUS, no contexto sócio epidemiológico, percebe-se ainda uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, medicocêntrica e mais recentemente nos exames de alto custo.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde inclusive com ações intersetoriais perenes e coordenadas, tem significado a manutenção de um quadro típico de países miseráveis com incidência de moléstias que há muito não mais fazem parte do mundo civilizado, onde a dengue é um exemplo clássico (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 36).

A partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família o Estado brasileiro elabora a mais importante estratégia de reorganização do modelo de atenção básica de atendimento em saúde. O Programa é uma das principais estratégias propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica. Ele

pressupõe o princípio da Vigilância em Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado à população residente na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Sua expansão ganhou impulso com a Norma Operacional Básica (NOB-96) que operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB), assim como a responsabilidade dos municípios enquanto gestores.

Segundo o documento do Ministério da Saúde intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” a NOB/96 veio fortalecer a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Quadro 1 detalha essa nova forma de gestão adotada no SUS.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família incorpora os princípios do SUS e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), sua territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas, mediante o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares e deve impactar favoravelmente nas condições de saúde da população adstrita.

O PSF ao ser concebido como uma estratégia de implementação da atenção primária nos municípios para extinguir o modelo tradicional de caráter exclusivamente curativo, visa atuar de forma mais complexa integrando o novo conceito saúde-doença, que extrapola o mero tratamento de doenças, e busca a promoção da qualidade de vida e de saúde. O PSF é composto por uma equipe multidisciplinar que integra minimamente um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O PSF tem a sua atuação voltada para a família e a comunidade no qual as equipes de Agentes Comunitários de Saúde devem trabalhar para promoção da saúde, prevenção, recuperação, levantamento dos fatores de risco que influenciam na saúde da população e reabilitação de doenças mais frequentes na sua área de abrangência. O PACS foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, com o objetivo de contribuir na redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, introduzindo também ações preventivas através de informações e orientações sobre cuidados de saúde à grupo de riscos.

Quadro 1: Modelo de Gestão Plena da NOB (Atenção Básica e do Sistema Municipal).

Gestão plena de atenção básica	Gestão plena do sistema municipal
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial, especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias.	Gerência de unidades próprias e hospitalares, inclusive as de referência.
Gerência das unidades ambulatoriais do estado e/ou da União.	Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União.
Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.	Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município.	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município.
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.
Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.	Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
Autoriza AIH e Procedimentos Ambulatoriais Especializados.	Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Procedimentos Ambulatoriais Especializados e de alto custo.
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia.	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia.

Fonte: Norma Operacional Básica - NOB/96 apud Polignano, (2001).

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente, compreendido através da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e organização geral dos serviços e da prática assistencial em novas bases e critérios.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social.

Na última década, as ações referentes à atenção básica do governo brasileiro têm assinalado o compromisso com ampliação e fortalecimento do Programa Saúde da Família, através, do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família (PAIM et al., 2005 apud BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como estratégia de construção de um novo modelo de saúde pautado na perspectiva do direito e em conceitos como a integralidade e a intersetorialidade. A intersetorialidade destaca-se como diretriz essencial da ESF, como possibilidade de construção do conceito ampliado de saúde, considerando os múltiplos fatores que interferem no processo saúde/doença. A integração da ESF às diferentes políticas demanda a existência de mecanismos institucionais e de gestão que garantam os meios para a sua efetivação (CAVALCANTI et al., 2012).

O preceito do artigo 3º da Constituição Federal do Brasil de 1988 define que: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, chamando a atenção para a importância de articulação entre as políticas públicas e, particularmente, os preceitos legais que disciplinam as políticas de saneamento e saúde na melhoria de saúde e da qualidade de vida de todos os cidadãos brasileiros. Mas, apesar do reconhecimento legal e consagrado na Constituição Federal Brasil (1988), as condições de moradia de grande contingente da classe trabalhadora empobrecida, no Brasil, são determinadas, conjuntural e estruturalmente, por fatores econômicos, políticos e sociais reveladores das desigualdades no acesso aos padrões básicos de habitabilidade e qualidade de vida.

Ainda na Constituição de 1988 é enfatizado no artigo 225º a universalização do “direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado: todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as futuras

gerações” (BRASIL, 1988). Nesta ótica, dentro do SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde/doença como a violência, o desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, condições de habitação, o acesso à educação, fome e urbanização desenfreada para potencializar intervenções efetivas em saúde.

Apesar dos preceitos legais e progressistas do SUS, vive-se ainda no Brasil um grande distanciamento entre as condições de saúde da população e o equacionamento dos fatores que determinam e condicionam essas doenças. Essa constatação pode ser comprovada pelos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo os quais, 65% das doenças no Brasil são causadas pela falta de saneamento e que a cada um real investido em saneamento, em um período de 10 (dez) anos, são economizados 4 (quatro) reais em saúde pública (OMS, 2008). Ainda segundo a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), no Brasil 65% das internações hospitalares devem-se a doenças veiculadas pela água (UNESCO, 1999). De acordo com o *Relatory Safer Water for Better Health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health* da OMS (2008), morrem por dia no Brasil 7 (sete) crianças entre 0 (zero) e 5 (cinco) anos de idade, vítimas de diarreias e doenças parasitárias e cerca de 34% das crianças dessa faixa etária se ausentam das creches e salas de aula devido as doenças relacionadas à falta de saneamento. O relatório ainda constata que um décimo do fardo global gerado por doenças no mundo poderia ser evitado com um melhor uso e gerenciamento dos recursos hídricos. Relata que mais de um terço de óbitos dos países em desenvolvimento é causado pelo consumo de água contaminada e, em média, até um décimo do tempo produtivo de cada pessoa se perde por causa de doenças relacionadas à água. Conforme a OMS se estima que 50% de casos de desnutrição ou peso abaixo do normal estão relacionados a casos repetidos de diarreia ou infecções intestinais causadas por parasitas, como resultado de saneamento inadequado ou higiene insuficiente. O número total de mortes causadas direta e indiretamente por desnutrição induzida por esses fatores chega a 860.000 (oitocentos e sessenta mil) por ano em crianças com menos de 5 (cinco) anos.

O saneamento básico precário constitui um risco recorrente à saúde e está associado à pobreza, afetando mais a população de baixa renda, em conjunto com outros riscos, como a subnutrição e a higiene inadequada. Segundo a OMS (2009), no ano de 2004 as doenças relacionadas aos sistemas de água e esgoto inadequados e as deficiências com a higiene causaram

a morte de 1.600.000 (um milhão e seiscentas mil) pessoas nos países pobres com PIB *per capita* inferior a US\$825,00. A maioria das mortes por diarreias no mundo (88%) é causada por sistemas inadequados de saneamento, sendo que mais de 99% destas mortes ocorrem em países em desenvolvimento e, aproximadamente, 84% delas afetam as crianças.

Mercedes (2002) mostra que a falta de água potável, livre de contaminação e a falta de meios para remover os dejetos ainda afetam cerca de 3.000.000.000 (três bilhões) de pessoas em todo o mundo, levando a uma situação em que entre 14.000 (quatorze mil) e 30.000 (trinta mil) pessoas morrem diariamente por doenças de veiculação hídrica, enquanto cerca de metade da população mundial contrai alguma doença através de água ou alimento contaminados.

A diarreia é um sintoma comum de uma infecção gastrointestinal causada por uma ampla gama de agentes patógenos, incluindo bactérias, vírus e protozoários. Alguns destes são responsáveis pela maioria dos casos de diarreia aguda em crianças, como o rotavírus. Outras bactérias comuns são *E. coli*, *Shigella*, *Campylobacter* e *Salmonella*, e o *V. cholerae* (cólera) em períodos de epidemia. No Brasil, segundo estudo realizado pelo Instituto Trata Brasil em 2010, as diarreias representam mais de 80% das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI). Possuem etiologias diversas, o que faz a determinação das suas causas ser uma tarefa complexa, sendo evidente o papel da melhoria das condições de saneamento na redução destes agravos.

Segundo os dados do próprio Ministério da Saúde, o número total de casos de Doença Diarreica Aguda (DDA), no Brasil entre 2000 a 2011 teve um crescimento progressivo atingindo em pouco mais de uma década o valor aproximado de trinta e quatro milhões de brasileiros infectados, como pode ser observado na Tabela 3.

A esquistossomose é uma infecção por vermes nematoides que se alojam nas veias do intestino e fígado, causando obstrução do fluxo sanguíneo, sendo a causa da maioria dos sintomas da doença. Tem como agente etiológico o *Schistosoma mansoni*, verme que na fase adulta parasita os vasos sanguíneos intestinais, podendo alcançar até dois cm de comprimento e

Tabela 3: Número Total de Casos de Doença Diarreica Aguda, Brasil, 2000 – 2011.

Ano	Região/UF	
	Pará	Brasil
2000	10.568	1.057.942
2001	30.877	1.260.776
2002	93.371	1.795.560
2003	67.245	2.234.549
2004	135.877	2.395.485
2005	136.347	2.946.641
2006	154.818	3.528.063
2007	168.435	2.869.562
2008	176.622	3.590.555
2009	175.307	3.470.736
2010	172.004	4.341.209
2011	149.073	3.906.335
TOTAL	1.470.544	33.397.413

Fonte: SES/planilha Mensal (até 2006) e Sivep_DDA (a partir de 2007) Atualizado em: 10/04/12, Execução: Viviane Notaro Martins (UVHA/CGDT/DEVEP/SVS/MS). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

o seu principal reservatório é o homem e os roedores, primatas e marsupiais são potencialmente infectados. No Brasil a doença ocorre em 18 estados, do Pará ao Paraná, com focos isolados na maioria deles e sua incidência é alta nos estados de Minas Gerais, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. Dados sobre o número total de casos confirmados e de óbitos por esquistossomose no Brasil, nos anos de 2000 são apresentados na Tabela 4.

A dengue é uma doença infecciosa causada por um vírus de genoma Ácido Ribonucleico (ARN), do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*, do qual são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV- 2, DENV-3 e DENV-4). Os vírus são transmitidos pela picada do mosquito infectado do gênero *Aedes* (*Stegomyia*), tido como principal vetor de transmissão da dengue e da febre amarela nas Américas, o *Aedes aegypti*. Nas Américas, a reemergência da dengue tornou-se um grave problema de saúde pública a partir da década de 1960, com maior predomínio clínica nas Américas entre os adultos e jovens. No Brasil, a ocorrência de grandes epidemias de dengue mantém a doença como um dos grandes problemas de saúde pública, impondo novos desafios ao SUS.

Tabela 4: Número Total de Casos confirmados e de óbitos por Esquistossomose no Brasil, 2000-2010.

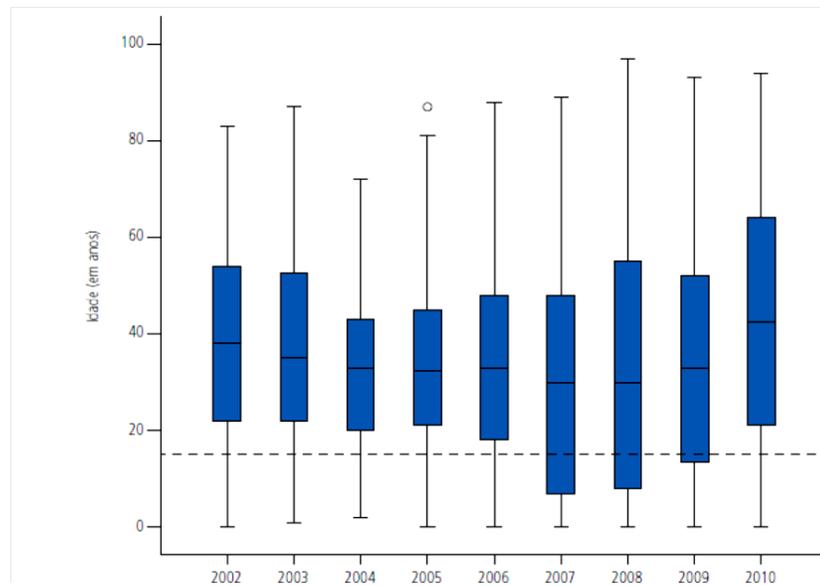
Ano	Brasil	
	Casos Confirmados	Óbitos
2000	80.903	484
2001	153.325	583
2002	218.98	568
2003	212.939	464
2004	183.144	519
2005	198.925	514
2006	212.598	554
2007	241.959	534
2008	155.103	541
2009	93.022	498
2010	92.795	514
TOTAL	1.843.693	5.773

Fontes: SISPCE/SVS/MS e SINAN; MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2012.
Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>

Em 2010, foram registrados mais de um milhão de casos prováveis da doença em decorrência da recirculação do DENV-1, com 63% dos casos nas regiões Centro-Oeste e Sudeste. O deslocamento da faixa etária de casos graves para menores de 15 anos apresentou seu pico em 2008, com um expressivo incremento na taxa de internação nessa faixa etária, coincidindo com a intensa circulação do DENV-2. Em 2010, esse aumento foi observado no grupo de maiores de 60 anos de idade. A análise dos óbitos por dengue evidenciou uma redução da média de idade para 30 anos, com mais de 25% desses óbitos ocorrendo em menores de 15 anos entre 2007 e 2009. Entretanto, em 2010, a média de idade dos óbitos apresentou nova alteração passando a ser de 42 anos (SIQUEIRA JÚNIOR et al., 2011).

A Figura 6 e a Tabela 5 mostram que as pessoas que mais se hospitalizaram por casos de dengue no Brasil ao longo da década de 2000 estavam na idade produtiva (entre 20 e 50 anos), e os anos de 2008 e 2010 registraram maiores casos de internação nas primeiras faixas etárias de vida.

Figura 6: Distribuição dos Casos Notificados e Hospitalizados de Dengue de acordo com a Idade no Brasil, 2002 – 2010



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011.

Tabela 5: Taxa de internação por dengue e febre hemorrágica da dengue de acordo com a faixa etária, Brasil, 2002, 2008 e 2010.

Faixa etária (em anos)	Anos		
	2002	2008	2010
Menor que 1	8,0	56,8	62,1
1 a 4	10,8	35,8	38,1
5 a 9	15,9	68,2	62,6
10 a 14	23,1	60,6	59,8
15 a 19	32,8	40,7	51,4
20 a 39	37,7	35,5	46,6
40 a 59	38,3	32,9	45,2
60 e mais	44,7	34,5	53,8
Total	31,6	40,8	49,7

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011.

A partir desses dados é possível afirmar que ainda persiste a falta de integração entre as políticas de saúde e saneamento no Brasil. A ausência de saneamento básico é tida como fator determinante e condicionante à proliferação dessas doenças. Assim, pode-se constatar que o Estado brasileiro, em suas diferentes instâncias (federal, estadual e municipal) deve trabalhar para consolidação da intersetorialidade enquanto ferramenta importante que deve estar presente no planejamento, na definição de mecanismos e instrumentos de execução e na avaliação das ações desenvolvidas pelos órgãos gestores que viabilizem a integração entre essas duas políticas.

Está comprovado que o acesso ao saneamento básico que engloba o conjunto de ações e serviços de abastecimento de água, o esgotamento sanitário, a drenagem urbana das águas pluviais, a disposição de resíduos sólidos e o controle de vetores e roedores, visando à promoção da saúde da população e mitigação dos fatores de risco ao adoecimento; influenciam o estado de saúde e o bem-estar dos cidadãos.

Torna-se evidente a relação direta e fundamental entre oferta de serviços de saneamento e a qualidade das condições de vida, da saúde da população e com a preservação do meio físico, pois sua ausência acarreta a poluição dos recursos hídricos e prejuízos à saúde da população, principalmente o aumento de doenças infecciosas e parasitárias e da mortalidade infantil. Isso quer dizer, portanto que as ações de saneamento são consideradas, preventivas para a saúde humana e que o acesso aos serviços de saneamento deve ser tratado como um direito do cidadão, fundamental para a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2009). Ainda na mesma linha de pensamento, Pereira (2003), vai enfatizar que:

a correta implantação e a eficiente operação dos sistemas de abastecimento de água, de esgotamento sanitário, de resíduos sólidos e de drenagem pluvial são formas de assegurar a igualdade e os direitos previstos na Constituição Federal do Brasil, bem como podem ser utilizadas para estimar as taxas de crescimento, desenvolvimento e progressos dos municípios brasileiros (PEREIRA, 2003, p. 23).

Conforme Pereira (2003), técnica e estrategicamente, os sistemas de abastecimento de água, de esgotamento sanitário, de resíduos sólidos e de drenagem urbana deveriam ser prioridades de todas as administrações (municipal, estadual e federal) e da comunidade, o que exigiria engajamento e vontade política, estudos interligando as áreas de urbanismo e engenharia sanitária, bem como a participação ativa de entidades organizativas dos movimentos sociais e efetiva fiscalização dos representantes dos setores de meio ambiente e saúde pública.

O acesso aos serviços de saneamento deve ser tratado como um direito do cidadão, fundamental para a melhoria de sua qualidade de vida, tornando-se cada vez mais importante e urgente o desafio da sua universalização (BRASIL, 2009). A universalização do acesso aos serviços de saneamento só é possível mediante investimentos nessa área e a articulação efetiva de ações intersetoriais entre essas políticas públicas, tendo como estratégia de promoção da saúde o enfoque dos aspectos que determinam o processo saúde/doença (falta de saneamento básico, condições de habitação, urbanização desordenada etc.) para potencializar intervenções efetivas em saúde e moradia adequada.

Nesse sentido, a busca concreta de ações de políticas públicas intersetoriais, particularmente as políticas de saúde e saneamento, que adotem estratégias, formulem instrumentos de integração e considerem efeitos diretos e indiretos, suscita discussões, formulações teórico-políticas e proposições inovadoras de intervenção. As propostas em relação a essa temática se destacam em vários segmentos da sociedade com vistas à melhoria de saúde da população e de suas condições de vida, desde o meio acadêmico, a sociedade civil organizada através dos movimentos sociais, os meios de comunicação, instituições governamentais e organizações não governamentais, de âmbito local, regional, nacional e internacional.

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, os processos de descentralização e redemocratização trouxeram novas possibilidades e desafios para a implementação de políticas públicas, tornando a intersetorialidade uma categoria estratégica e central para a compreensão dos rumos e alcances das intervenções institucionais pautados na busca de inovação e fortalecimento da gestão pública. Entretanto, autores como Sposati (2006), Pinho e Ribeiro (2010) afirmam que historicamente, as instituições voltadas à execução das ações de políticas públicas elaboram e planejam suas intervenções de forma setORIZADA, consistindo um desafio a adoção do princípio da intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e saneamento de modo a garantir a integração, a efetividade e a continuidade, segundo preceitos legais que disciplinam essas duas políticas públicas.

A gestão setORIZADA e desarticulada da política pública gera, segundo Bourguignon (2001, p. 2), “fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações; centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais; divergências quanto aos objetivos e papel de cada área e fragilização do usuário”.

Na mesma perspectiva, Sposati (2006) constata que, tradicionalmente, as políticas públicas setoriais estão estruturadas para funcionarem isoladamente, com processos de planejamento, de gestão financeira, de normatizações técnicas e de recursos humanos, enfim, todo o modelo de gestão é pensado, via de regra, em função do grau de especialização e profissionalização de cada área. Mas, enquanto ferramenta de gestão das políticas públicas, a intersectorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não, não podendo ser um dogma ou um modelo de gestão banalizado.

Pinho e Ribeiro (2010) apontam que o aparato de serviços que o poder público disponibiliza aos seus usuários parte de uma visão especializada, onde embora inúmeros estudos apontem a necessidade de um trabalho holístico, os atendimentos são fragmentados sem que uma real interlocução entre eles se faça presente, caracterizando-se pela desarticulação nociva para a sociedade.

Nos conceitos trazidos pelas autoras Lima e Vilasbôas (2011), a intersectorialidade é definida como articulação entre saberes e experiências para solução dos problemas encontrados; como busca da complementaridade, reciprocidade e vínculo na ação; como uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, a fim de garantir acesso igual aos desiguais, como a união de esforços para se conseguir melhores resultados do que se obteria trabalhando de forma isolada, e como articulação de diversos setores, com o propósito de somar forças, potencialidades e recursos para a solução de um problema comum.

Considera-se que a intersectorialidade pode se tornar um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo. Tal perspectiva implica mudanças na gestão, ainda muito setorializada, das políticas públicas associadas à qualidade de vida, contribuindo, dessa forma, para melhorar os indicadores de saúde da população (LIMA; VILASBÔAS, 2011).

Segundo Sposati (2006), o modelo de gestão intersectorial tem se mostrado mais factível quando combinado a descentralização territorial. Trata-se da intersectorialidade construída para integração e/ou complementação de uma ação em rede em determinada área físico-territorial. A descentralização sempre traz uma nova forma de aproximação entre decisão-realidade e, com isso maior possibilidade de presença democrática dos cidadãos e da execução de controle social nas ações de Estado. O modo estratégico de ordenar ou sistematizar os meios e as equipes técnicas de uma organização gestora de políticas públicas tem um tempo de durabilidade em sua vigência e

aplicação com resultados eficientes. O modelo de gestão adotado não possui validade permanente, pois é vulnerável às mudanças conjunturais e mesmo estruturais.

Sposati (2006) chama atenção, ainda, para o fato de que no Brasil existem mais programas de governos do que políticas de Estado que promovam direitos de cidadania. Neste sentido, a adoção do princípio da intersetorialidade, pela exigência de se constituir num modelo de gestão capaz de construir a unidade na heterogeneidade, pode favorecer a transformação de programas de governo em políticas de Estado e evitar a forte fragmentação da responsabilidade pública em múltiplos setores da vida social. E ainda, poderá ser superada a confusão entre democracia e um modelo de Estado mínimo que opera por subsidiariedade, ao reiterar a omissão de segmentos e/ou instâncias e não assumir a própria responsabilidade na promoção dos princípios da integralidade e universalização do acesso aos bens e serviços socialmente produzidos.

As propostas intersetoriais e territorializadas tendem a potencializar a agenda de cobertura dos serviços públicos e podem ser reconhecidas como indutoras da extensão do reconhecimento efetivo dos direitos à cidadania plena. A intersetorialidade pode trazer, para a cultura institucional do Estado brasileiro, aspectos da realidade que não são identificados em cada uma das políticas como necessidades que deveriam ser providas pelo poder público. A intersetorialidade desenvolve um saber resultante da integração, da complementaridade e da relação orgânica e dialética, na qual dois ou mais órgãos públicos assumem o compromisso de promoção de ações conjuntas para o alcance de um determinado objetivo. Enquanto ferramenta de gestão pública produz processualmente uma nova inteligência institucional, um novo domínio da realidade e traz o debate da inovação, possibilitando o conhecimento e o enfrentamento de novos problemas ou demandas para cada uma das políticas públicas.

A falta de uma comunicação efetiva entre gestores e profissionais que atuam na execução direta (com destaque para o profissional em Serviço Social) traz inúmeros equívocos e dificuldades na materialização da intersetorialidade, tais como: desperdício de tempo, de recursos tanto financeiros quanto humanos, duplicidade de ações, falta de elaboração de ações integrais e conseqüentemente, o não atendimento das necessidades reais da grande maioria dos usuários (PINHO; RIBEIRO, 2010).

Na medida em que não há interlocução/articulação e um trabalho em equipe interdisciplinar, que fortaleça a importância da promoção do trabalho intersetorial com uma visão

estratégica a ser adotada pelos órgãos de governo, a proposição de políticas públicas intersetoriais é reiterada como discurso esvaziado de resultados práticos. Desse processo resulta a não construção de uma verdadeira rede que consolide a política pública, que vise ações de multiplicação de estratégias, trabalho em parceria e articulação permanente propiciadores de um atendimento integral aos usuários.

O processo de mudança para construção de redes intersetoriais entre as políticas de saúde e saneamento implica a modulação de relações gradativas, mas que sinalize um movimento contínuo e permanente, pautando-se na reflexão sobre as experiências desenvolvidas que mostrem as potencialidades de formas de atuação intersetorial consideradas exemplares em diferentes níveis de governo e sobre outras políticas públicas.

São necessárias estratégias que possibilitem a operacionalização das ações intersetoriais, empregando-se meios e instrumentos que possam minimizar os obstáculos encontrados e potencializar as variáveis favoráveis à necessidade de se construir um processo democrático e descentralizado, de modo a estabelecer de forma conjunta e coletiva soluções para os problemas estruturais historicamente reconhecidos na realidade brasileira.

As relações entre saneamento, saúde e meio ambiente fazem parte das discussões pertinentes aos campos de conhecimento da Saúde Coletiva, da Ecologia e mesmo da Economia, entre outros, uma vez que os prejuízos causados pela ausência de saneamento à saúde do cidadão e ao meio ambiente brasileiro constituem um sério obstáculo para o desenvolvimento econômico e social do país (SOUSA, 2011).

Na avaliação do impacto da cobertura de esgotamento sanitário, coleta de lixo e abastecimento de água sobre internações e gastos com internações, percebe-se que quanto maior a abrangência desses serviços, menor a ocorrência de internações por diarreias e outras doenças relacionadas à falta de condições de saneamento. Portanto, as ações de saneamento, ao serem consideradas preventivas para a saúde humana, tornam urgente a prática da gestão pública integradora e universalizante da saúde e do saneamento, a ser impulsionada pelo debate, pela mobilização e pelas reivindicações pautadas pelos movimentos sociais brasileiros.

4 CONDIÇÕES DE SANEAMENTO E DOENÇAS CAUSADAS POR VEICULAÇÃO HÍDRICA NAS ÁREAS RIACHO DOCE E PANTANAL NA BACIA HIDROGRÁFICA DO TUCUNDUBA/BELÉM/PA

No capítulo anterior foram abordadas as políticas de saúde e de saneamento a partir da perspectiva da intersetorialidade enquanto ferramenta de gestão integrada de políticas públicas. Neste capítulo, faz-se uma breve retrospectiva histórica acerca do processo de urbanização da cidade de Belém e uma caracterização histórica da área de estudo – comunidades do Riacho Doce e Pantanal que integram a Bacia Hidrográfica do Tucunduba em Belém – apresentam-se os dados secundários sobre os serviços de saúde e saneamento e a incidência de doenças de veiculação hídrica com ênfase na esquistossomose. Ao final do capítulo são apresentados, e analisados, os resultados da pesquisa de campo com os moradores das áreas em questão com respeito à situação de saúde e de saneamento.

4.1 PROCESSO DE OCUPAÇÃO E CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE BELÉM/PA

É importante salientar que a cidade de Belém participa, por múltiplas mediações, no processo de produção e reprodução ampliada do capital. A urbanização da cidade de Belém expressa as tendências de produção da cidade capitalista, ao reproduzir as desigualdades na distribuição dos equipamentos urbanos e na ampliação da pobreza.

De acordo com (SANTANA, 2006, p. 101) o desenho urbano brasileiro é acompanhado pela formação de inúmeras “áreas ilegais”, manifestadas em favelas, ocupações de terras urbanas, moradia em áreas alagadas - como é o caso da cidade de Belém -, expressando a segregação social que, por sua vez, mostra a baixa qualidade das condições de moradia. Esse cenário deixa a maioria de contingentes massivos de trabalhadores com baixa qualificação e remuneração, inseridos no mercado formal e informal de trabalho e desempregados à margem de condições dignas de vida.

As análises teóricas sobre a ocupação de Belém apontam 2 (dois) aspectos importantes que devem ser considerados para a apreensão da configuração inicial da sua rede urbana: a condição topográfica (aspectos físicos da malha urbana) e as determinações históricas conectadas ao período da economia gomífera. De acordo com Rodrigues (1996), é necessário analisar o período da exportação da borracha e o exacerbado incremento populacional como fatores importantes na dinamização dos processos espaciais urbanos em Belém.

Segundo este autor, a partir da segunda metade do século XIX, a cidade de Belém experimenta um significativo crescimento urbano em função do desenvolvimento da economia da borracha na Amazônia. A cidade torna-se um centro dinâmico de exportação do látex, sendo considerada uma das mais importantes nesse período. O processo histórico de formação de Belém é entendido como urbanização dependente com a função de canalizar excedentes para centros urbanos mais desenvolvidos. A cidade se enquadra no tipo de urbanização sem ou com fraca industrialização, mas com intensa e significativa aglomeração, consequência da migração do contingente da força de trabalho excedente dos seringais. Desse modo, os problemas urbanos de Belém se apresentam de forma mais intensa e perversa do que nas cidades propriamente industriais. A urbanização de Belém se articula à sua estrutura econômica frágil e subordinada; o desemprego, o subemprego e os empregos de baixa qualificação articulam-se às formas de consumo desiguais, degradantes e segregadoras do e no espaço-ambiente intra-urbano (RODRIGUES, 1996).

O sítio urbano de Belém foi erguido sobre fontes hídricas. Abelém (1988) ressalta que o crescimento inicial da cidade sofreu influência da sua localização geográfica na confluência do rio Guamá e da baía do Guajará com o oceano Atlântico à medida que a formação dos primeiros bairros segue o vetor de acompanhamento das margens do rio Guamá e da baía do Guajará. No período colonial a cidade de Belém possuía uma pequena extensão e fraca densidade demográfica. Para Trindade Júnior (1997), no período da borracha a cidade de Belém refletia um processo de urbanização sustentado no papel comercial, financeiro, político e econômico, portanto a organização do seu espaço urbano estava em conformidade com as novas exigências introduzidas pelo novo momento econômico.

O processo de produção do espaço urbano de Belém teve início no período de apogeu do ciclo da borracha na intendência de Antônio Lemos (1897-1905), com a implementação de um plano urbanístico de expansão da cidade focado no embelezamento urbano, sob a inspiração da cidade de Paris. Segundo Trindade Júnior (1997, p. 40), “o caráter adquirido pelo urbanismo tinha em vista tornar Belém uma cidade compatível ao papel que ela desempenhava na comercialização da borracha”, acrescentado que,

a partir da segunda metade do século XIX até às primeiras décadas do século XX, a cidade de Belém passa a vivenciar as repercussões trazidas pelo boom da economia da borracha, tornando-se o principal porto de escoamento do produto, além de se constituir na vanguarda cultural da região. Esse novo momento da economia regional se traduz em

Belém não só em termos do seu crescimento populacional, como também numa série de medidas diretamente voltadas para (re) estruturação do espaço urbano [...] (TRINDADE JÚNIOR, 1997, p. 39).

Antônio Lemos ao adotar um planejamento municipal baseado em obras de “embelezamento e saneamento” de Belém, sob influência francesa assentado no ideário de modernização conhecido como *Belle-Époque* (Bela Época), faz avançar a cidade pelos sítios secos e planos, contornando os terrenos baixos. Nesse contexto, vários trechos de áreas alagadas da cidade foram aterrados, sem que fosse realizado um trabalho de saneamento (TRINDADE JÚNIOR, 1997). Segundo Rodrigues (1996), esse tipo de intervenção urbanística, ao desconsiderar o saneamento das áreas alagadas/alagáveis ocasionou enormes problemas de habitação, saneamento e infraestrutura na cidade de Belém.

Abelém (1988) reforça essas observações ao ressaltar que os primeiros equipamentos urbanos implantados nessa cidade não levaram em consideração o saneamento das áreas hídricas, deixando grandes extensões territoriais desocupadas, formadas por terrenos alagados ou alagáveis, de cotas baixas conhecidas no âmbito local como “baixadas”. De acordo com Trindade Júnior (1997, p. 22), “as baixadas existentes em Belém são áreas inundadas ou sujeitas às inundações – decorrentes em especial, dos efeitos das marés – e ficaram conhecidas principalmente a partir da década de 1960, por serem espaços de moradia das camadas sociais de baixo poder aquisitivo”.

Segundo Trindade Júnior (1997) e Machado (2004), o fato de 40% do território de Belém ser constituído por terras alagáveis que se situam abaixo da cota de 4 metros em relação ao nível do mar permite com que grandes áreas da cidade enfrentem constantes alagamentos. Desse modo, a cidade constitui-se num processo de segregação espacial no qual as terras altas e firmes foram ocupadas pela população de renda média e alta, possibilitando investimentos de infraestrutura, enquanto que as terras baixas e alagadas, próximas à área central, geralmente precária ou sem nenhuma infraestrutura, conhecidas como “baixadas” foram ocupadas por frações empobrecidas da classe trabalhadora. Para Trindade Júnior (1997), essa tendência deixou uma configuração urbana diferenciada à cidade caracterizada pela aceleração do adensamento populacional em terrenos de cotas elevadas situados na Primeira Légua Patrimonial³⁰.

³⁰ A Primeira Légua Patrimonial comporta à área da cidade ocupada desde sua origem pelos colonizadores portugueses que vai desde o Forte do Presépio até o bairro do Marco, abrangendo os atuais bairros centrais de Belém.

A partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a cidade de Belém apresenta um expressivo crescimento populacional em função do segundo ciclo da borracha ocasionando modificações no processo de expansão urbana, antes baseado na ocupação dos terrenos de cotas altas, e agora direcionado para as áreas baixas (RODRIGUES, 1996).

O processo de ocupação das “baixadas” é intensificado com o declínio do segundo ciclo da borracha e a migração dos seringueiros remanescentes dos locais de produção. Esses processos ocorrem a partir das décadas de 1950 e 1960 quando, segundo Trindade Júnior (1997), diversas áreas internas ao limite da Primeira Léngua Patrimonial, consideradas impróprias para urbanização e que serviam de *locus* de atividades agropastoris (vacarias, chácaras etc.), foram ocupadas por parcelas da classe trabalhadora para as quais a ocupação das referidas áreas significava não só a possibilidade de solucionar o problema de moradia como a viabilização de estratégias de reprodução social na cidade de Belém. Como aponta Trindade Júnior (1997), a partir da década de 1940, com intensificação na década de 1950, Belém é marcada por uma limitação física à expansão urbana com a implantação do chamado “cinturão institucional”, na altura dos limites da Primeira Léngua Patrimonial. Esse “cinturão” se refere a grandes extensões de terras nas quais foram instaladas instituições federais (Ministérios do Exército, da Marinha e da Aeronáutica; Ministério da Educação com a construção da Universidade Federal do Pará e da Universidade Federal Rural da Amazônia³¹) e instituições estaduais (Companhia de Saneamento do Pará), além de outras instituições públicas como o Conselho Nacional de Pesquisa do Ministério de Ciência e Tecnologia (CNPq/MCT) e a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA).

A partir da segunda metade da década de 1960, com mais intensidade nas décadas de 1970 e 1980, Belém registra um novo vetor de urbanização com expressivo processo de ocupações de terra que extrapola os limites da Primeira Léngua Patrimonial e avança em direção ao eixo da rodovia Augusto Montenegro e da rodovia federal BR-316. Na década de 1990 observa-se que a continuidade da ocupação urbana em direção à rodovia Augusto Montenegro e

³¹ A atual Universidade Federal Rural da Amazônia foi antecedida pela Escola de Agronomia do Pará que iniciou suas atividades em 1918 (nome alterado em 1919 para Escola de Agronomia e Veterinária do Pará), sucedida pela Escola de Agronomia da Amazônia (EAA), criada em 1945, mas que só iniciou suas atividades em 1951, transformada em 1971 na Faculdade de Ciências Agrárias do Pará (FCAP). Em 2002, pela Lei no 10.611, foi criada a Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA).

ao município de Ananindeua se expande e atinge outros municípios da Região Metropolitana de Belém (RMB)³².

Segundo Oliveira (2007), a paisagem urbana de Belém é fortemente marcada pela presença da verticalidade dos edifícios no centro urbano, ocupados pelas populações de renda média e alta, em contraste com a horizontalidade das habitações espalhada em direção à periferia ocupada por segmentos da classe trabalhadora configurando um processo de segregação social e concentração de pobreza em áreas impróprias para habitação humana.

O intenso processo de crescimento demográfico vivenciado pela cidade de Belém ocorreu de forma concentrada o que implicou em uma demanda por serviços não atendida. A infraestrutura de saneamento básico não acompanhou o crescimento acelerado da cidade, em especial os serviços de coleta e tratamento dos esgotos e de coleta seletiva e tratamento de resíduos sólidos (lixo domiciliar, hospitalar e industrial).

Segundo Trindade Júnior (1997), o processo de intervenção do Estado para infraestruturação de áreas alagadas está permeado pelo jogo da valorização do espaço da cidade.

Uma vez que,

a urbanização dessas áreas é realizada à medida em que estas passam a estar inseridas diferencialmente, em termos de localização ao contexto da cidade. [...] hoje, quando os espaços economicamente atrativos aos investimentos imobiliários tornam-se mais escassos, há necessidade de realizar projetos em áreas ainda não efetivamente urbanizadas, a fim de que as mesmas tornem-se mais integradas à cidade, viabilizando, com isso, uma real tendência de expansão da promoção imobiliária em direção às mesmas (TRINDADE JÚNIOR, 1997, p. 59).

Esse processo revela o caráter segregador do espaço urbano ao privilegiar a fomentação do capital mobiliário, uma vez que concluídas as intervenções de serviços de infraestrutura essas áreas despontam com potencial atração para moradia da classe média e alta. Desse modo, a população que antes ali habitava, na medida em que o preço do solo se valoriza se vê forçada a se mudar para outras áreas menos infraestruturadas.

Segundo o “Diagnóstico Habitacional de Belém”³³, com base no Censo Demográfico de 2000, um pouco mais da metade da população do município de Belém ocupa áreas denominadas

³² A Região Metropolitana de Belém (RMB) engloba os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara e Santa Isabel, perfazendo uma população de 2.101,883 habitantes e área territorial de 2.536,894 km² (BRASIL, 2010).

³³ O Diagnóstico Habitacional de Belém (2009) foi realizado pelo Instituto Amazônico de Planejamento, Gestão Urbana e Ambiental, com financiamento da PMB.

de “assentamentos precários”³⁴, cuja infraestrutura urbana foi considerada em condições inadequadas. Nesse sentido, tem-se que nos 449 (quatrocentos e quarenta e nove) “assentamentos precários” existentes em Belém, o relatório identificou um número aproximado de 165.400 mil unidades habitacionais em situação de precariedade, o que representa 52% de domicílios em assentamentos precários no município. Nessas áreas a maioria dos imóveis utiliza a fossa séptica como meio de destinação dos dejetos com 64,3% de imóveis nesta situação, enquanto 14,8% utilizam a fossa negra e 8,2% dos imóveis despejam os dejetos na via pública. O estudo constatou ainda que parte dos banheiros é localizada do lado de fora da casa, em estruturas isoladas. Em outros casos a condição destes espaços é bastante precária, muitas vezes não utilizando louças sanitárias, mas apenas estruturas de vedação em madeira, sendo que os dejetos são lançados diretamente no terreno em função da não existência de rede coletora de esgoto (BELÉM, 2009).

O “Manual de Delimitação dos Setores Censitários” do Censo 2010 (IBGE, 2011), classifica como “aglomerado subnormal” cada conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. A identificação atende aos seguintes critérios: a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); b) Possuírem urbanização fora dos padrões vigentes (refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos) ou precariedade na oferta de serviços públicos essenciais (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e fornecimento de energia elétrica). Segundo o IBGE (2011) com base nos dados do Censo Demográfico 2010, os domicílios particulares ocupados em “aglomerados subnormais” no município de Belém correspondem à 193.557 Unidades.

Belém é o maior município da Região Metropolitana de Belém (RMB) e de grande relevância para a região amazônica, possui uma população de 1.393.400 habitantes, que vive, em sua grande maioria, em áreas periféricas, cuja realidade de saneamento básico é de grande precariedade (IBGE, 2011). O crescimento da população no espaço urbano somado a uma

³⁴A terminologia “assentamentos precários” utilizada para o estudo do Diagnóstico Habitacional de Belém tem o mesmo sentido com o termo “aglomerados subnormais” adotado pelo IBGE.

infraestruturação desigual dos espaços da cidade traz consigo sérias consequências, dentre elas destacam-se a falta de saneamento básico, de transporte urbano, a criminalidade, a falta de segurança pública, de acesso aos serviços de saúde, educação, cultura, lazer e altos índices de poluição ambiental.

Vários estudos de autores como Machado (2004), Kronemberger e Clevelário Júnior (2010), OMS (2008), Instituto Trata Brasil (2012) confirmam a correlação entre saúde e saneamento. As pesquisas demonstram que a universalização do acesso aos serviços de água, ao tratamento do esgoto sanitário e coleta regular de lixo possibilitam a redução das taxas de morbimortalidade, pois diminuem os riscos de exposição a estas doenças. Em relação às doenças causadas por veiculação hídrica, Belém é emblemática como espaço de reprodução dessa correlação.

O estudo sobre “Características Urbanísticas no Entorno dos Domicílios Brasileiros”, realizado pelo (IBGE) e publicado com base nos resultados do Censo 2010, revela a precariedade das condições de moradia e de infraestrutura em Belém. Constatou-se que a cidade figura entre as capitais brasileiras com piores índices de urbanização (cobertura vegetal, calçamento das ruas, rampas para deficientes etc.) e de saneamento básico no entorno dos domicílios. Os principais problemas referentes ao saneamento básico no município é a falta do tratamento de água e do esgotamento sanitário. Ainda segundo o IBGE, Belém é a cidade com mais de um milhão de habitante que apresenta o pior índice de esgotamento sanitário a céu aberto no entorno de domicílios (44,5%) e de lixo acumulado nos logradouros (10,4%) onde estão localizados os domicílios particulares permanentes.

Dados apresentados na Tabela 6, sobre o tipo e cobertura de esgotamento sanitário no município de Belém, mostram que apenas 37,63% dos seus domicílios particulares permanentes estão ligados à rede geral de esgoto sanitário ou de águas pluviais, 30,78% dos domicílios belenenses estão ligados à fossa séptica e 24,52% à fossa rudimentar.

O estudo elaborado pelo Instituto Trata Brasil mostra que Belém está entre os dez últimos municípios no *ranking* de saneamento em 2010, refletindo assim, a falta de investimentos nos serviços de saneamento avaliados. A cidade ocupa a posição de 95^o no *ranking* dos 100 maiores municípios brasileiros avaliados no serviço de coleta e tratamento de esgoto. Desse modo, dos quase 1,5 milhões de habitantes residentes em Belém, atualmente, no que diz respeito aos serviços de coleta e tratamento dos esgotos domésticos adequadamente, Belém continua se

destacando negativamente, atingindo uma cobertura atual de apenas 6% da população urbana do município.

Tabela 6: Total de domicílios particulares permanentes, segundo o tipo de esgotamento sanitário existente no município Belém/PA no ano de 2010.

Tipo de esgotamento sanitário	Variável	
	Domicílios particulares permanentes (Unidades)	Domicílios particulares permanentes (Percentual)
Total	368.877	100,00
Rede geral de esgoto ou pluvial	138.797	37,63
Fossa séptica	113.53	30,78
Fossa rudimentar	90.461	24,52
Vala	14.753	4,00
Rio, lago ou mar	3.641	0,99
Outro tipo	3.347	0,91
Não tinham	4.348	1,18

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010.

Na Tabela 7 pode ser observado que 96,72% da população belenense possuía o serviço de coleta de lixo e desse total, 90,63% é coletado por serviço de limpeza, estes dados mostram que

Tabela 7: Domicílios particulares permanentes, segundo a forma de destino do lixo no município de Belém/PA no ano de 2010.

Destino do lixo	Variável	
	Domicílios particulares permanentes (Unidades)	Domicílios particulares permanentes (Percentual)
Total	368.877	100,00
Coletado	356.789	96,72
Coletado por serviço de limpeza	334.311	90,63
Coletado em caçamba de serviço de limpeza	22.478	6,09
Queimado (na propriedade)	5.177	1,40
Enterrado (na propriedade)	135	0,04
Jogado em terreno baldio ou logradouro	6.113	1,66
Jogado em rio, lago ou mar	220	0,06
Outro destino	443	0,12

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010.

o serviço de coleta de lixo é o mais ofertado à população da capital paraense, apesar da inexistência de um serviço de coleta seletiva de resíduos sólidos por parte do governo municipal.

Em 2010, 75,49% dos domicílios particulares permanentes no município de Belém/PA estavam ligados à rede geral de abastecimento de água e 20,60% dos domicílios possuíam poço ou nascente na propriedade. Esse grande percentual de autoabastecimento pode estar ligado ao deficiente sistema público de abastecimento de água que provoca a utilização de águas subterrâneas, como também ao fato de que algumas parcelas da população, principalmente, aquelas que vivem nas áreas de “baixadas” no centro e nas periferias da cidade de Belém, não possuem meios financeiros para quitar os valores mensais de serviços de abastecimento público da água. É importante salientar que a baixa cobertura do serviço público de coleta e tratamento de esgoto sanitário em Belém (como se observou na Tabela 6) contribui para o aumento da destinação de dejetos sanitários nos mananciais e a conseqüente, contaminação do lençol freático (Tabela 8).

Tabela 8: Domicílios particulares permanentes, segundo a forma de abastecimento de água no município de Belém/PA no ano de 2010.

Forma de abastecimento de água	Variável	
	Domicílios particulares permanentes (Unidades)	Domicílios particulares permanentes (Percentual)
Total	368.877	100,00
Rede geral	278.477	75,49
Poço ou nascente na propriedade	75.971	20,60
Poço ou nascente fora da propriedade	12.369	3,35
Carro-pipa ou água da chuva	161	0,04
Rio, açude, lago ou igarapé	434	0,12
Poço ou nascente na aldeia	-	-
Poço ou nascente fora da aldeia	-	-
Outra	1.465	0,40

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010.

A análise de incidência de doenças causadas por veiculação hídrica em Belém (2000-2010) mostra que durante esse período os indicadores assinalaram uma tendência oscilante para a leptospirose e de aumento nos casos de doenças diarreicas e da dengue que sofreu uma ligeira redução no ano de 2008. Pode ser observado que em 2000 se registrou o maior número de casos

de hepatite infecciosa, enquanto que nos anos de 2001, 2002 e 2004 foram registrados os menores números de casos durante a série histórica analisada. Segundo os dados do SINAN/SESPA não foi registrado nenhum caso de esquistossomose no município de Belém no período analisado (Tabela 9) ³⁵.

Tabela 9: Incidência de Doenças Causadas por Veiculação Hídrica no Município de Belém/PA 2000 - 2010.

Ano	Hepatite infecciosa		Leptospirose		Doença diarreica		Esquistossomose		Dengue	
	Casos	Coef. /10.000 hab	Casos	Coef. /10.000 hab	Casos	Coef. /10.000 hab	Casos	Coef. /10.000 hab	Casos	Coef. /10.000 hab
2000	200	16,66	148	12,33	996	0,83	...	...	5112	4,26
2001	7	0,54	62	4,75	1017	0,78	...	...	1979	1,52
2002	78	5,9	99	7,48	2212	1,67	...	...	3090	2,34
2003	143	10,65	76	5,66	6007	4,48	...	...	2517	1,88
2004	85	6,13	110	7,93	13930	10,05	...	...	2226	1,61
2005	162	11,52	84	5,97	10182	7,24	...	...	1283	0,91
2006	224	15,68	73	5,11	12193	8,54	...	...	1098	0,77
2007	175	12,42	61	4,33	12242	8,69	...	...	1880	1,33
2008	93	6,53	83	5,83	16804	11,8	...	...	823	0,58
2009	149	10,36	57	3,96	19012	13,22	...	...	1105	0,77
2010	135	9,7	50	3,59	13835	9,94	...	...	2571	1,85

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Secretaria de Estado de Saúde (SESPA), Divisão de Vigilância em Saúde, 2013.

Segundo Machado (2004), essas doenças são preveníveis por serviços de saneamento, o que demonstra a manutenção de condições de vida propícias ao surgimento e à propagação dessas doenças, como resultado da ausência de investimentos em saneamento e da suspensão ou da limitação dos programas de prevenção e controle de endemias.

O estudo de Kronemberger e Clevelário Júnior (2010) revela que estas doenças podem ser prevenidas por saneamento básico e que os municípios de Ananindeua (PA) e de Belém (PA)

³⁵ A abordagem acerca da incidência da esquistossomose no município de Belém será retomada, a seguir, tratando, especificamente, dos casos registrados nas áreas do Riacho Doce e Pantanal, *locus* de observação e realização de entrevistas com moradores residentes. A abordagem acerca da incidência da esquistossomose no município de Belém será retomada, a seguir, tratando, especificamente, dos casos registrados nas áreas do Riacho Doce e Pantanal, *locus* de observação e realização de entrevistas com moradores residentes.

podem ser considerados em situação crítica, uma vez que o número de internações por diarreia vem crescendo nos últimos anos, e estão entre os 10 (dez) municípios com os maiores indicadores de internações por diarreia em todos os anos da série (2003-2008), alcançando em 2008, cerca de 1.500 (mil e quinhentas) internações por 100 mil habitantes, respectivamente. Segundo esses autores, esses municípios aparecem em todos os anos da série histórica trabalhada entre os 10 (dez) piores do *ranking*, ou seja, com as mais elevadas taxas de internação por diarreia.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS RIACHO DOCE E PANTANAL DA BACIA HIDROGRÁFICA DO TUCUNDUBA

A constituição urbana da cidade de Belém, como referido anteriormente, é caracterizada por extensões distintas, de um lado tem-se a presença de área de terra firme, habitadas pela população de maior poder econômico, e do outro, áreas alagadas, ocupadas pela população de menor renda. Nessas áreas, um grande número de famílias reside em casas do tipo palafitas, as quais são caracterizadas pela insalubridade devido a variações diárias das marés. As “baixadas” (áreas de grande incidência de alagamento) representam cerca de 40% da extensão territorial do município de Belém. Neste contexto, está a Bacia Hidrográfica do Tucunduba localizada na porção sudeste da cidade de Belém, afluente do rio Guamá, com extensão de, aproximadamente, 1.055ha, dos quais cerca de 575ha são áreas de “baixadas”, correspondendo a 21,02% das áreas de várzea de Belém. Ela é composta por 13 (treze) canais, com 14.175 metros de extensão dos quais 7.865 metros são retificados. O Tucunduba é o principal Igarapé da Bacia, com 3.600 metros de extensão. A Bacia Hidrográfica abrange os bairros da Terra Firme, Guamá, Canudos, Marco e Jabatiteua (BARBOSA, 2003).

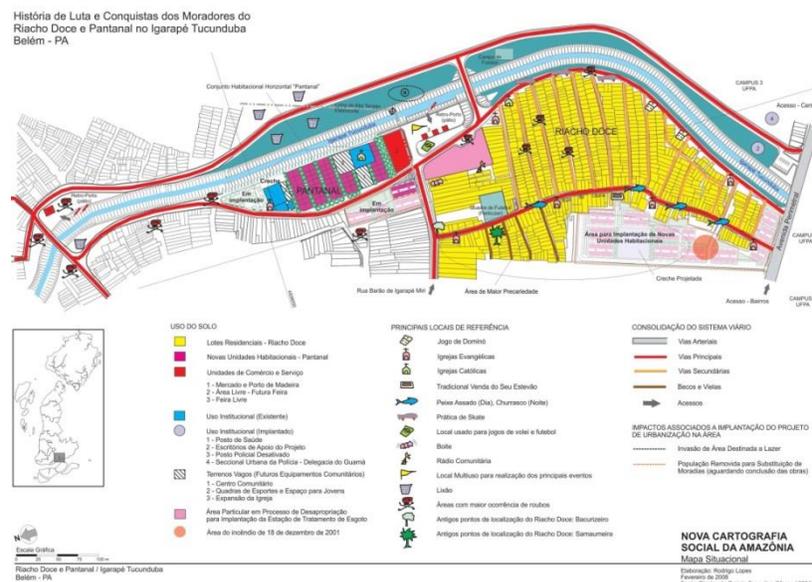
Ainda segundo Barbosa (2003), a Bacia Hidrográfica do Tucunduba constitui um espaço de segregação socioespacial da cidade e figura entre as áreas de maior grau de precariedade infraestrutural e socioeconômica do município de Belém, pelo alto índice de desemprego e subemprego, sendo a grande maioria da força produtiva absorvida pelo mercado informal. Caracteriza-se por processos de ocupações de áreas institucionais e privadas, resultante de conflitos fundiários e de lutas sociais pelos direitos à moradia e à infraestrutura urbana. Essas ocupações surgiram em decorrência de omissão do poder público e concentram um grande número de moradias inadequadas. Constitui-se em grande parte por casas palafitadas construídas

sobre os cursos d'água (igarapés e igapós) onde inexistem, ou são insuficientes, os serviços básicos de saneamento afetando diretamente a saúde da população ali residente.

Nestas áreas as primeiras ações foram realizadas pelos próprios moradores, abrindo ruas, aterrando-as com serragens de madeira e caroços de açaí, mas isso foi insuficiente para resolver os problemas de alagamentos e inundações. Face à essas dificuldades, foram se consolidando movimentos populares de bairros, que passaram a denunciar as precárias condições de vida nesses espaços urbanos, e a exigir investimentos públicos para a implantação de serviços infraestruturais e socioculturais (rede de esgoto, saneamento, arruamento, educação e saúde) (BARBOSA, 2003, p. 13).

As áreas do Riacho Doce e Pantanal localizam-se às margens da Bacia Hidrográfica do Tucunduba e estão localizados nos bairros do Guamá e Terra Firme, delimitadas pela poligonal definida pela Av. Perimetral, Av. Augusto Corrêa, Rua Barão de Igarapé Miri, Passagem Ji Paraná e limite interno da faixa de domínio do Igarapé Tucunduba e estão distantes cerca de 5 km (em linha reta) do centro da cidade (Figura 7).

Figura 7: Mapa do Riacho Doce e Pantanal em Belém/PA.



Fonte: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia, 2008.

Até a década de 1980, a área do Riacho Doce era ocupada apenas por uma olaria localizada às margens do Igarapé que fabricava tijolos. O processo de ocupação, enquanto movimento social, ocorreu a partir de 04 de setembro de 1990, por um grupo de amigos em meio

a muitos conflitos com famílias de posseiros que já ocupavam esta área. Após 3 (três) tentativas de ocupação, o então candidato à governador do estado do Pará, Jader Barbalho, prometeu a permanência dos moradores no local. Após a organização do local, a definição das ruas e dos tamanhos dos lotes, foram construídos barracos cobertos de plásticos e usava-se a energia elétrica clandestina e a água do igarapé para atividades domésticas (PROJETO NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL DA AMAZÔNIA, 2008).

Segundo Barbosa (2003), o Programa Habitar Brasil-BID, vinculado à CAIXA, está voltado à melhoria de habitação popular para famílias com renda até 03 (três) salários mínimos, que residam em “assentamentos precários” – favelas, mocambos, palafitas e cortiços, entre outras – localizados em regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e capitais de estados. Entre os anos de 1992 e 1996, foram firmados convênios entre a Prefeitura Municipal de Belém (PMB) e a CAIXA para a execução do projeto Infra-Marco e do Programa Habitar Brasil-BID, ambos voltados para a drenagem do canal do Tucunduba, dando início, assim ao Projeto de Macrodrenagem do Tucunduba.

O programa Habitar Brasil-BID é realizado com recursos previstos no Contrato de Empréstimo nº 1126 OC/BR, firmado entre o Governo Federal e o BID, tendo a CAIXA como o agente financeiro, técnico e operacional responsável pela implementação do Programa. Os recursos destinados têm como meta: viabilizar a elaboração de estudos sobre o setor habitacional do país assim como proporcionar o fortalecimento institucional dos municípios; e a execução de obras e serviços de infraestrutura urbana e de ações de intervenção social e ambiental. Essas metas são coordenadas pelo Subprograma de Desenvolvimento Institucional (DI) e do Subprograma de Urbanização de Assentamentos Subnormais (UAS).

Assim, em 1998, foram realizados estudos que culminaram na elaboração de um novo projeto, avaliado em 10 (dez) milhões de reais, e em janeiro de 2000, foi elaborado um projeto baseado na Gestão de Rios Urbanos, que se desenvolveu a partir do pressuposto de recuperação e preservação tanto as condições físicas e os aspectos ambientais da bacia do Tucunduba, quanto de melhorar as condições de vida e da inclusão social da população moradora do local (BARBOSA, 2003). Ainda segundo Barbosa (2003), a proposta de intervenção urbanística na Bacia do Tucunduba visava urbanizar a região e desenvolver a navegabilidade do Igarapé Tucunduba, dando origem à formulação do Plano de Desenvolvimento Local – Riacho Doce e Pantanal (PDL-RDP), trazendo como importante ferramenta a participação das comunidades atingidas,

através do diálogo para a criação de um ambiente sustentável. O PDL-RDP teve apenas a sua primeira etapa finalizada e entregue à comunidade e as obras pertencentes à segunda etapa foram paralisadas devido a não priorização de sua continuidade pela administração municipal que assumiu a PMB em 2005. Segundo os dados do Censo Demográfico 2010 as áreas de Riacho Doce e Pantanal têm um total de 5.348 e um total de 1.314 domicílios particulares permanentes e a média de rendimento nominal mensal dos domicílios particulares dessas áreas é de R\$ 179,46. O Programa Saúde da Família do Riacho Doce criado em 2000 no início da gestão do prefeito de Belém eleito para o período de 2000-2004, atualmente, está estruturado conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Constituição do PSF Riacho Doce/Pantanal

Ano de inauguração da Unidade de Saúde Família Saudável, posteriormente incorporada ao Programa Saúde da Família (PSF)	2000
Cobertura de famílias cadastradas no PSF	1.451
Grau de institucionalização da estratégia	Consolidada
Práticas predominantes identificadas no PSF	Acolhimento, integração da rede, PSF como campo de prática para o ensino de graduação, intersectorialidade, estratégias de articulação intersectorial desenvolvidas.
Número de Equipes no PSF	2
Número de Médicos no PSF	2
Número de Enfermeiros no PSF	2
Número de Auxiliares/Técnicos de enfermagem no PSF	2
Número de Agentes Comunitários da Saúde no PSF	16

Fonte: PSF Riacho Doce/Pantanal, 2013.

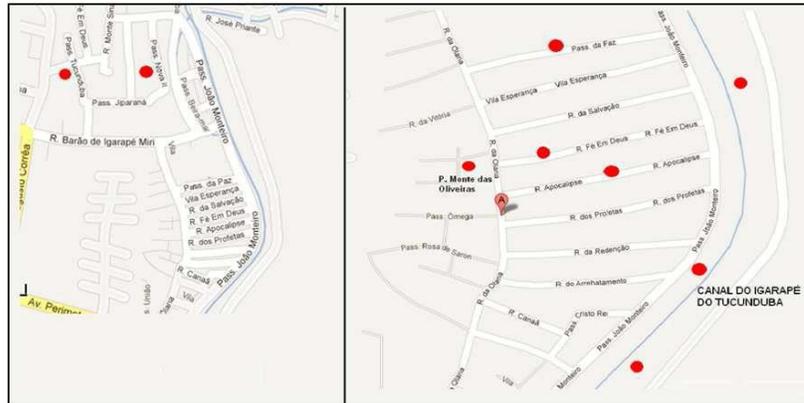
De acordo com Soares Neto³⁶ (2012), as áreas do Riacho Doce e Pantanal constituem-se áreas endêmicas de esquistossomose por *Schistosoma mansoni*. Segundo Silva e Domingues (2011), a esquistossomose *mansoni* é uma doença endêmica em países da América do Sul e do Caribe, do continente africano e da região oriental do Mediterrâneo, apresentando grandes surtos anuais em pelo menos 52 países destas regiões. A doença constitui um grande problema de saúde pública, e está relacionada à bolsões de pobreza e ao baixo desenvolvimento de políticas de

³⁶ O autor é Professor do Curso de Medicina na Universidade do Estado do Pará e médico generalista no Programa Saúde da Família do Riacho Doce e Pantanal desde 2002, tem como objeto de pesquisa a ocorrência de casos de esquistossomose nas áreas referidas para trabalho de conclusão de Curso de Residência Médica em “Medicina da Família”.

saneamento básico que gera a necessidade de utilização de águas naturais contaminadas para a prática da agricultura, trabalho doméstico, consumo e/ou lazer.

Na busca ativa pelos focos do caramujo transmissor, realizada pela equipe do PSF/Riacho Doce e Pantanal em conjunto com a autora desta dissertação, foram identificados 9 (nove) pontos (Figura 8 e Foto 1), contudo até agora nenhum procedimento foi feito para a eliminação destes focos.

Figura 8: Áreas alagadas com presença de caramujos no Riacho Doce e Pantanal.



Fonte: Soares Neto, 2012.

Foto 1: Presença de Foco de Caramujos Transmissores da Esquistossomose pelo *Schistosoma mansoni* no Entorno de Residências do Riacho Doce.



Fonte: Imagens capturadas pela autora, 2012.

Salienta Soares Neto(2012), que não havia no Posto de Saúde como realizar procedimentos de diagnóstico, tratamento e profilaxia, mesmo sendo as áreas endêmicas e apresentando diversas características favoráveis para o desenvolvimento da esquistossomose. Então, nos possíveis casos suspeitos da doença, o médico encaminhava o paciente para a realização do parasitológico de fezes pelo método de sedimentação espontânea na Universidade Federal do Pará (UFPA), por meio de um convênio com o Laboratório de Ciências Biológicas. Esse procedimento ocorreu de 2005 a 2011, e neste período, foram identificados e tratados 10 pacientes (Tabela 10³⁷). Após a Confirmação do diagnóstico, o médico entrava em contato com o Departamento de Vigilância Sanitária (DEVS) da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e solicitava a equipe de endemias para encaminhar a medicação e preparar a notificação compulsória.

Em 2012, devido aos surtos de esquistossomose nas áreas estudadas verificou-se que o modelo que estava sendo utilizado não realizava a prevenção e o tratamento adequado para a esquistossomose. Assim, iniciou-se uma mudança na forma de conduzir esses pacientes, e foi criado o Plano de Inquérito 2012 pela DEVS, para a esquistossomose. Nesse plano as unidades de saúde do Guamá e do Telegrafo, localizadas nas principais zonas endêmicas de Belém para a esquistossomose ficaram responsáveis pela notificação compulsória, distribuição dos medicamentos para os PSF locais e controle coprológico e malacológico das suas respectivas áreas. Também se iniciou o treinamento de equipes para a realização de *Kato-Katz*, método indicado pela Organização Mundial de Saúde para o diagnóstico da esquistossomose. O Plano de Inquérito 2012 também incentiva a procura pelos focos dos caramujos e identificação da infecção destes pelo *Schistosoma mansoni* e prática de palestras e encontros com a população local para debater sobre a doença e ensinar as medidas de controle e profilaxia da doença. Além disso, iniciou-se a busca ativa dos focos de *Biomphalaria sp.* na área e pela busca ativa dos pacientes através da realização do parasitológico de fezes. A realização dessas medidas vem apresentando um efeito positivo, nas áreas, no que se refere à identificação de casos da doença, visto que em

³⁷ Nesta Tabela serão analisados os dados da incidência da esquistossomose a partir do ano de 2005 (e não de 2000-2010) uma vez que nos anos anteriores não se tinha registro de casos da doença, uma vez que segundo Soares Neto (2012) essas áreas não se constituíam como uma área endêmica de *Schistosoma mansoni*, portanto, nem o Posto de Saúde e nem a DEVS realizavam a busca ativa dos focos e de casos da doença.

2012, ano de início do programa foram identificados seis casos como pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10: Quantidade de pacientes infectados pelo *Schistosoma mansoni* de 2005 – 2013 no Riacho Doce e Pantanal.

Ano	Quantidade
2005	1
2006	2
2007	1
2008	1
2009	2
2010	2
2011	1
2012	6
2013	53
Total	71

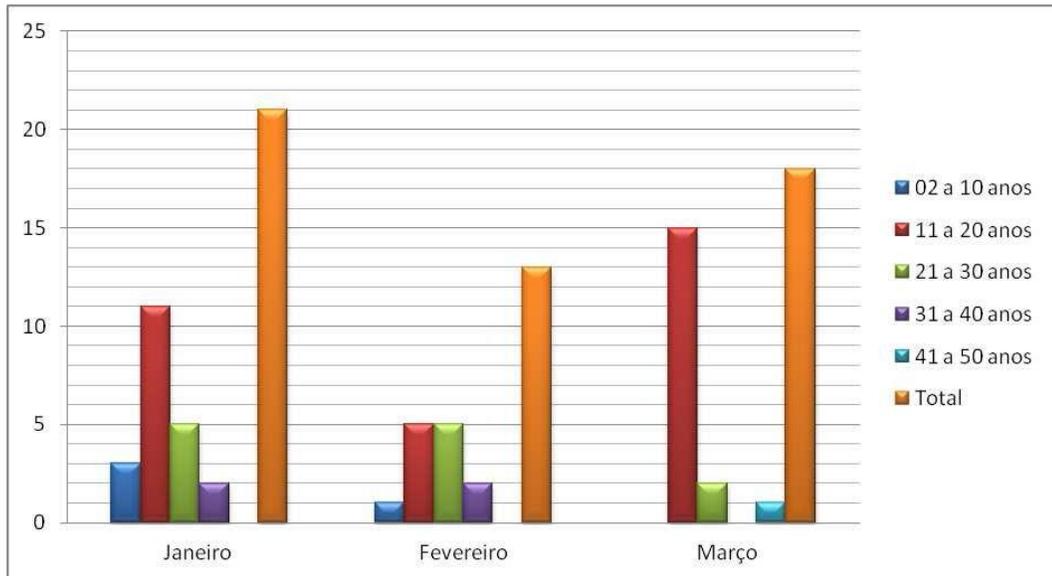
Fonte: PSF/Riacho Doce e Pantanal, 2012.

Ainda na Tabela 10³⁸ observa-se que nas áreas de Riacho Doce e Pantanal, no primeiro trimestre de 2013 foram registrados 53 (cinquenta e três) casos de esquistossomose.

Na Figura 9 observa-se que nos meses de janeiro foram registrados 21 (vinte e um) casos da doença, sendo os maiores casos registrados em adolescentes e jovens nas faixas etárias de 11-20 anos de idade 11(onze) casos e de 21-30 anos com 5 (cinco) casos. No mês de fevereiro teve uma diminuição na incidência da doença, computando-se um total de 13 (treze) casos registrados majoritariamente nas faixas etárias, anteriormente referidos, enquanto que no mês de março registrou-se um aumento no número de casos, cujo total foi de 19 (dezenove) casos dos quais 15 (quinze) foram registrados na faixa etária de 11-20 anos de idade. Esse alto índice da doença revela-se preocupante e exige medidas e intervenções em serviços de saneamento básico para prevenção da doença nessas áreas.

³⁸ Segundo Informações obtidas no Posto de Saúde do Riacho Doce, até a conclusão deste estudo não foram registrados novos casos de infecção por *Schistosoma mansoni* nas áreas de Riacho Doce e Pantanal, razão pela qual, os dados apresentados compreendem somente o primeiro trimestre do ano corrente.

Figura 9: Casos positivos para *Schistosoma mansoni* segundo a faixa etária nas áreas de Riacho Doce e Pantanal.



Fonte: Departamento de Vigilância em Saúde - DEVS/SESMA, 2013.

Segundo Soares Neto (2012), até o ano de 2011 não se realizavam buscas ativas de casos da doença na população das áreas de Riacho Doce e Pantanal, concluindo-se que os resultados ali encontrados, sejam decorrentes de uma subnotificação. Esse fato pode ser confirmado pelos dados apresentados na Tabela 10, que são disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pela Secretaria de Estado de Saúde (SESPA), através da Divisão de Vigilância em Saúde, segundo os quais, não se registrou nenhum caso de esquistossomose nos anos de 2000 a 2010. Com relação à esquistossomose no município de Belém e particularmente nas áreas de Riacho Doce e Pantanal, o estudo recente de Soares Neto (2012) retrata a pouca confiabilidade dos dados secundários oficiais disponibilizados nos sistemas de informações em saúde, seja, na esfera federal, estadual ou municipal.

A subnotificação de casos de esquistossomose acarreta graves consequências para a saúde pública uma vez que condiciona grandes problemas para o controle da doença. Esse processo resulta em dados oficiais que não traduzem a situação real do município de Belém e muito menos das áreas endêmicas, assumindo-se uma falsa realidade e a negação do problema e, impossibilitando ações que traduzam esforços de prevenção, controle e erradicação da doença. Segundo Soares Neto (2012), a subnotificação registrada foi em decorrência do modelo que vigorou para detecção de esquistossomose até o ano de 2011. Até esse ano, a busca ativa pelos focos de caramujos nessas áreas para sua identificação e localização precisa, partia da iniciativa

das equipes do PSF/Riacho Doce e Pantanal, e não do trabalho em conjunto com a Divisão de Vigilância em Saúde (DEVS) da Secretaria de Saúde do município de Belém como deveria ser de fato. Até 2011 não havia busca ativa pelos pacientes, e sim era aguardada a livre demanda dos pacientes que procuravam os serviços médicos do Posto de Saúde.

Como pode ser observado na Foto apresentada na Figura 12 é incontestável o fato de que grande parte das moradias localizadas nas áreas estudadas encontra-se próximo a trechos alagados tanto pelas constantes chuvas como estão próximas de igarapés. Dessa forma, há uma grande chance de infecção da população local. Esse quadro rebate nas condições de saúde da parcela da população mais empobrecida, que destituída do direito à moradia digna, tem como opção a ocupação de áreas insalubres para habitação, nas quais os riscos de exposição e propagação de doenças de veiculação hídrica são grandes. Não reconhecer esse fato constitui uma negação do problema, uma vez que a própria DEVS reconhece que o bairro do Guamá, particularmente as áreas do Riacho Doce e Pantanal, constituem-se como áreas endêmicas de esquistossomose.

A subnotificação de casos de esquistossomose acarreta graves consequências para a saúde pública uma vez que condiciona grandes problemas para o controle da doença. Esse processo resulta em dados oficiais que não traduzem a situação real do município de Belém e muito menos das áreas endêmicas, assumindo-se uma falsa realidade e a negação do problema e, impossibilitando ações que traduzam esforços de prevenção, controle e erradicação da doença. Segundo Soares Neto (2012), a subnotificação registrada foi em decorrência do modelo que vigorou para detecção de esquistossomose até o ano de 2011. Até esse ano, a busca ativa pelos focos de caramujos nessas áreas para sua identificação e localização precisa, partia da iniciativa das equipes do PSF/Riacho Doce e Pantanal, e não do trabalho em conjunto com a Divisão de Vigilância em Saúde (DEVS) da Secretaria de Saúde do município de Belém como deveria ser de fato. Até 2011 não havia busca ativa pelos pacientes, e sim era aguardada a livre demanda dos pacientes que procuravam os serviços médicos do Posto de Saúde.

Como pode ser observado na Foto 2 é incontestável o fato de que grande parte das moradias localizadas nas áreas estudadas encontra-se próximo a trechos alagados tanto pelas constantes chuvas como estão próximas de igarapés.

Foto 2: Área Alagada no Riacho Doce com Foco de Caramujos Transmissores de *Schistosoma mansoni*.



Fonte: Imagens capturadas pela autora, 2012.

Dessa forma, há uma grande chance de infecção da população local. Esse quadro rebate nas condições de saúde da parcela da população mais empobrecida, que destituída do direito à moradia digna, tem como opção a ocupação de áreas insalubres para habitação, nas quais os riscos de exposição e propagação de doenças de veiculação hídrica são grandes. Não reconhecer esse fato constitui uma negação do problema, uma vez que a própria DEVS reconhece que o bairro do Guamá, particularmente as áreas do Riacho Doce e Pantanal, constituem-se como áreas endêmicas de esquistossomose.

4.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO NO RIACHO DOCE E PANTANAL NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Ao longo deste trabalho serão citados trechos das entrevistas realizadas com os moradores das áreas Riacho Doce e Pantanal e da “ocupação” *Greenville*³⁹. Ressalta-se que os depoimentos serão apresentados utilizando a terminologia “morador (a)”, seguida de uma letra do alfabeto e do

³⁹ A “ocupação” *Greenville* fica localizada na margem oposta do Igarapé Tucunduba pertencente ao bairro da Terra Firme. Essa “ocupação” foi incluída no *locus* da pesquisa empírica por se situar bem em frente à área do Pantanal e por apresentar uma grande precariedade de serviços de saneamento básico, por exemplo, a água que abastece essa área vem de um cano improvisado pelos moradores que atravessa as águas do Igarapé Tucunduba no qual os mesmos despejam os dejetos sanitários. Com a exceção de algumas casas que possuem suas instalações sanitárias, os demais moradores utilizam o mesmo banheiro que fica numa área externa dessa “ocupação”.

tempo de residência no local. E para identificação dos técnicos do Programa Saúde da Família do Riacho Doce e Pantanal (PSF/ Riacho Doce e Pantanal), utilizaram-se as terminologias “técnico” e “ACS”, seguida de duas letras e do tempo de atuação no referido PSF. A decisão de se referir aos entrevistados por letras aleatórias visa a preservação de suas identidades honrando os compromissos assumidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e das normas de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, ambos os documentos estão em anexo neste trabalho. Nessa pesquisa, foram realizadas 11 (onze) entrevistas distribuídas da seguinte forma: no total de 7 (sete) moradores entrevistados, 6 (seis) são mulheres e 1 (um) é homem e com relação à equipes do PSF/Riacho Doce foram entrevistados 2 (dois) ACS, uma mulher e um homem e outros 2 (dois) técnicos que compõem as 2 (duas) equipes, sendo 1 (uma) mulher e 1 (um) homem, totalizando 4 (quatro) membros do programa.

Cabe ressaltar que durante a exploração das falas dos entrevistados, a identificação dos mesmos foi feita aleatoriamente, através de combinação de letras, não correspondendo as mesmas as iniciais dos entrevistados, para manter o sigilo das identidades. Assim, as suas falas são fielmente transcritas, sem correções ortográficas. A seguir são elencadas as questões que compreenderam o roteiro de entrevista com os moradores:

Para responder à questão “qual a sua concepção de moradia digna?” foram selecionadas as seguintes falas:

Como você esta vendo aqui em casa nós não temos ainda uma moradia que seja de qualidade [...] então as nossas necessidades não estão sendo atendidas (moradora A, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Na verdade eu não entendo muito sobre moradia digna, porque até agora eu nunca tive essa moradia digna [...] aqui nós não temos saneamento básico, vivemos aqui pela misericórdia de Deus (moradora B, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Eu tenho até vergonha de responder essa pergunta. Uma moradia digna é você ter uma casa, espaço com ventilação e nestas casas nós não temos, a quentura é muito grande [...] as crianças aqui têm que brincar na rua porque não tem espaço na sua casa pra colocar os brinquedos das crianças ou então de botar uma sala pra elas estudarem, não tem um quintal, uma área pra você fazer suas coisas (moradora F, há 22 (vinte e dois) anos no Pantanal).

Pode-se constatar que em suas falas os moradores entendem que moradia digna não se limita apenas um espaço para morar, mas que garanta a qualidade de vida e conte com uma infraestrutura básica como serviços de saneamento básico. Segundo Maricato (2011), moradia precária não está restrita à periferia urbana, podendo se situar também nas áreas centrais da

cidade. Moradia precária inclui “casas inacabadas, insalubres, congestionadas, localizadas em favelas ou ocupações, loteamentos ilegais, em áreas de risco geotécnico ou sujeitas a enchentes [...] se refere à generalização [...] da precariedade”.

Relacionando a concepção de moradia digna com acesso aos equipamentos de infraestrutura urbana questionou-se sobre o “entendimento dos moradores sobre áreas com infraestrutura básica” as falas dos moradores demonstram que eles compreendem o significado das condições básicas de infraestrutura.

Eu entendo que seja isso uma área que as pessoas não precisam passar na lama, que tenha essa água que ela recebe um tratamento adequado, o nosso esgoto que ele seja coletado de forma adequado [...] hoje que a gente vê parte do Riacho Doce tem uma estrutura básica que ainda é deficiente e uma parte não tem simplesmente, vive não mais em palafita, mas vivem em condições sub-humanas (moradora A, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

É uma área que promova uma integridade pra as pessoas, que eles possam contar como uma escola próxima de casa com um posto de saúde próximo de casa como uma delegacia ou uma área de segurança bem próxima aonde ela possa ter uma área de diversão de lazer (moradora D, há 17 (dezessete) anos no Pantanal).

Rodrigues (1996) salienta que as áreas de mananciais são alvo de ocupação da população de baixa renda para moradia que se constitui em assentamentos sem garantia de segurança e de infraestrutura básica capaz de evitar a degradação desses ambientes. Essas formas de ocupação do espaço urbano trata-se da manifestação de luta de classes, do conflito imanente ao modo de apropriação segregacionista do espaço intra-urbano.

A Bacia do Tucunduba está entre aquelas de maior grau de precariedade infraestrutural e socioeconômica. Para a população de baixa renda as relações sociais do meio urbano revelam uma situação desfavorável sobre as condições de saúde e influenciando assim, na sua expectativa de vida (BARBOSA, 2003; MACHADO, 2004). Conforme Valente (2003), os serviços de infraestrutura urbana básica engloba rede de abastecimento de água potável, energia elétrica, transporte, rede coletora de esgoto sanitária, coleta de lixo e rede de drenagem de águas pluviais.

A questão sobre a relação entre saúde e saneamento, objeto central desta discussão, apresenta falas significativas sobre essa correlação por parte dos moradores e técnicos entrevistados. Quando perguntados sobre “qual a relação que você faz entre condições de saúde e condições de saneamento” as respostas estão agrupadas assim:

É essencial, a relação de saneamento com a saúde, porque a gente percebe que se a gente tiver um saneamento básico adequado de qualidade que seja capaz de fazer com que a

peessoa não pise mais na lama, não beba dessa água contaminada, aonde o lixo não prolifere mais ratos, a nossa qualidade de saúde vai ser cem por cento (moradora A, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Eu acho que quando a gente fala em saúde fica meio difícil você dizer assim que eu vivia ali e não tinha problema de saúde porque durante nove anos que estávamos ali todo tempo estávamos doente, ou eu, ou meu esposo, ou os meus filhos, então não tem como dizer que o saneamento não teve nada com isso [...] jogava lixo na maré, jogava lixo perto do banheiro, o banheiro não tinha fossa era no rio mesmo então, essas condições que nós vivia não era adequadas pra nenhum ser humano (moradora G, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* – Terra Firme).

Corroborando essa correlação, Machado (2004) salienta que em Belém a interpretação dos dados em saúde continuam sendo analisadas de forma globalizada, como se as condições dos habitantes fossem idênticas em todos os contextos, desconsiderando a urbanização como processo gerador de desigualdades com impactos sobre a saúde. Esses resultados trazem uma realidade imprecisa e marcada por contrastes que dificultam a compreensão das particularidades e singularidades dos diferentes bairros e áreas de Belém.

Dessa forma, segundo a mesma autora, nas cidades inchadas pelos fluxos migratórios e consequente adensamento populacional, observa-se que as precárias condições de habitação contribuem para propagação de doenças infecciosas e parasitárias. Desse modo, as péssimas condições de saneamento básico nos centros urbanos de regiões em desenvolvimento favorecem que a população periférica e de baixo poder aquisitivo tenham a maior incidência dessas doenças.

Perguntados sobre “quais as doenças que acometem os moradores da área e de sua casa que estão relacionadas às condições de saneamento?” e “em relação à água consumida e ao esgotamento sanitário existente?” as respostas indicaram que a maioria das doenças são aquelas causadas por veiculação hídrica.

Verminoses, leptospirose também, a esquistossomose hoje nós temos um surto de esquistossomose no Riacho Doce eu ainda não fui na fonte, mas os agentes de saúde passaram nas casas que tá tendo surto de esquistossomose no Riacho Doce [...] é lamentável porque o Riacho Doce está em frente à Universidade Federal do Pará e tem esquistossomose é um absurdo (moradora A, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Aqui as pessoas pegam muita diarreia, dor de cabeça, dor de barriga por causa desse lixo aí e o que mais as crianças têm é verminose (moradora E, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* – Terra Firme).

São os vermes, tem muito foco de dengue e muitos ratos (leptospirose) mesmo com a limpeza que é feito, também tem muito foco do caramujo (esquistossomose) (moradora F, há 22 (vinte e dois) anos no Pantanal).

Segundo Rodrigues (1996), algumas doenças apresentam estreita relação com a estruturação e a qualidade do ambiente urbano análise de qualidade de vida das populações, dentre essas doenças, destaca-se a esquistossomose, leptospirose, a cólera, e as doenças diarreicas agudas.

Machado (2004) reforça que a ocupação de áreas precárias para moradia com déficit de infraestrutura e de serviços públicos adequados repercute nas condições de vida dos moradores favorecem o aumento da incidência de doenças como a esquistossomose, a dengue, dentre outras.

Os bairros da cidade de Belém, nos quais reside a população mais pobre a carência por serviços de saneamento básico e de infraestrutura urbana é muito grande, deixando a maioria dessa população suscetíveis à graves fatores de risco ao adoecimento, como água de péssima qualidade para consumo, de alagamentos e de esgoto sanitário a céu aberto. Esses fatores proporcionam uma baixa qualidade de vida e um forte impacto na sua saúde.

As repostas da questão “quais são as condições de acesso à água que é consumida por aqueles que moram em sua casa?” e “qual o tipo de abastecimento da água existente em sua casa?” mostraram que a água que chega às residências dos moradores dessas áreas é suja e acarreta alguns problemas de saúde como dor de barriga, coceira etc.

A gente tem água encanada, mas essa água ela não serve pra beber por mais que você filtre, por mais ferva não serve pra beber e a gente tem que comprar, são dois galões por semana, e nem é água mineral na verdade é uma água potável, que não é de boa qualidade, mas a gente se vê obrigatório, e não só eu, mas todos da comunidade compram água se você passar aqui nos comércios que tem aqui na comunidade você vê que todo comércio tem água pra vender, assim é triste porque nós vivemos na beira da baía, dentro de um igarapé, dentro Amazônia que tem a maior reserva de água doce do mundo, a gente tem que comprar água pra beber (moradora A, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

É da cosanpa, mas é uma água muito suja muito suja mesmo. Aqui nós temos que tá comprando água mineral porque não tem condições, quando a gente tava tomando a água da cosanpa sentia muita dor de barriga e tinha muito verme que era provocada pela água, porque a água, a gente coava várias vezes, podia ferver que assim que ela assentava tinha aquele pó (moradora B, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Bom nós aqui nos temos dois tipos de água, nós temos a água da cosanpa que é essa água encanada vem da torneira que é pra lavar roupa, pra fazer a comida e pra higienizar a casa e tem a água mineral que a gente usa pra beber (moradora D, há 17 (dezessete) anos no Pantanal).

A água ela vem daí do outro lado, o cano passa pelo rio, eu tenho a minha torneira aqui dentro de casa e é essa água que também bebemos (moradora E, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* – Terra Firme).

A água é um recurso natural indispensável à sobrevivência humana. Constitui-se como um veículo de propagação direto e indireto de uma série de doenças, portanto o fornecimento de água de má qualidade repercute diretamente na saúde humana e zelar pela sua qualidade é fundamental para manutenção da saúde. Segundo Rodrigues (1996), a ocupação de áreas de mananciais coloca em risco a captação e contaminação de água para abastecimento metropolitano.

As constatações de Rodrigues (1996), em relação à precariedade das condições de moradia em diversas áreas de ocupação nos espaços centrais e periféricos de Belém retratam a situação em que se encontra a “ocupação” *Greenville*. O autor assinala que essas áreas são desprovidas de sistema de esgotos pluviais ou sanitários, equipamentos de saúde em condições de prestar serviços com o mínimo padrão de qualidade e muitas das vezes são privadas de energia elétrica e água potável.

Os moradores foram questionados sobre “qual o tipo de esgotamento sanitário existente em sua casa?” pode-se destaca que nas suas falas apenas uma moradora afirmou que o esgoto é tratado, os restantes dos entrevistados afirmaram que os dejetos sanitários são jogados no Igarapé Tucunduba:

Eu tenho uma caixa coletora que joga pro esgoto geral da rua que vem despejar no igarapé é a única maneira, é a única solução que nós temos, enquanto a ETE não estiver pronta (morador C, há 23 (vinte e três) anos no Riacho Doce).

O esgoto não existe, aqui não tem esgoto (moradora B, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Só era um banheiro pra toda comunidade né e não tinha fossa era no rio mesmo (moradora G, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* – Terra Firme).

A gente despeja o esgoto pelo tubo e vai pelo rio (moradora E, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* – Terra Firme).

O esgoto aqui é tratado, vai das casas para o esgoto principal (moradora F, há 22 (vinte e dois) anos no Pantanal).

O despejo de resíduos sanitários parcialmente tratados ou não nos canais ou Bacias Hidrográficas da cidade de Belém das habitações desembocam na Baía do Guajará e atingem os lençóis freáticos provocando poluição hídrica (RODRIGUES, 1996). Este quadro favorece a proliferação de doenças de veiculação hídrica.

Essa forma de destinação dos dejetos é a única opção que resta aos moradores, o serviço de coleta e tratamento de esgoto é o que tem a menor cobertura na capital paraense e principalmente nas áreas de “baixadas” onde o poder público investe menos em equipamentos de infraestrutura.

Questionados sobre “Como é feita a coleta do lixo? Tem coleta do lixo regularmente? Qual a periodicidade da coleta? Como o lixo é acondicionado pelos moradores de sua casa para aguardar a coleta posterior?” os moradores responderam:

A coleta é diária só que não comporta, porque os moradores não tem consciência do horário da coleta às vezes colocam meio dia, colocam à tarde. O lixo que é produzido nas casas nós levamos até um certo e eles pegam (moradora A, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Aqui não tem coleta de lixo, cada um pega o lixo e joga no rio, mas o certo não é fazer isso, alguns jogam no lixão que tem aí na frente. [...] a coleta só é feita pra ali na Rua José Priante mais na frente umas duas vezes por semana e as pessoas não aguentam de guardar o lixo dentro de casa e acabam jogando no rio (moradora E, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* – Terra Firme).

A coleta aqui é duas vezes ao dia, mas se você passa em frente ao prédio vai ver o lixo por tudo que é canto, não tem nem necessidade de guardar o lixo em casa (moradora F, há 22 (vinte e dois) anos no Pantanal).

A maioria das pessoas eles jogavam né dentro do canal [...] eles só vinham tirar o lixo quando a gente liga aí vinha a caçamba da prefeitura e aí eles tirava o lixo de lá, eles limpavam hoje amanhã já tava cheio porque não era só do acampamento era da José Priante o pessoal da terra firme que já vinham jogar pra lá” (moradora G, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* - Terra Firme).

Os depoimentos acima chamam atenção para a concentração do lixo, fato que pode ser comprovado pelo registro fotográfico a seguir (Foto 3). Questionados sobre “quais políticas são prioritárias para garantir condições de moradia digna?” os moradores responderam na sua totalidade a necessidade de serviços de saneamento básico para prevenção de doenças nas áreas estudadas:

Foto 3: Concentração de lixo domiciliar no entorno do Igarapé Tucunduba.



Fonte: Imagens Capturadas pela autora, 2012.

É o saneamento básico, principalmente, pra acabar mais esse negócio de rato de do mosquito né, o carapanã dá febre, esse cheiro dessa água poluída é ter creche, é ter mais condições de trabalho e médico. Uma fita que eu tinha filmado aqui, todas essas casas cheias d'água, ratos dentro, sapos pulando dentro de casa, um terror, uma coisa horrível que foca quando chove quando começa o inverno (moradora B, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Olha, é exatamente saúde, como a educação, como assistência que todos nós temos, é o direito de moradia que as pessoas possam morar com dignidade dentro da lei (morador C, há 23 (vinte e três) anos no Riacho Doce).

Olha aqui agora a política pública que a gente tá precisando mesmo é essa que seja que tenha o empenho à estação de tratamento de esgoto concluir essa estação de tratamento de esgoto (ETA), de fazer uma política de educação do lixo né, onde as pessoas possam perceber como é perigoso jogar o lixo na rua, quanto pode contaminar o meio ambiente quanto pode fazer mal a saúde delas (moradora D, há 17 (dezessete) anos no Pantanal).

Falta água e quando vem, vem suja, falta também segurança. Eles também deveriam vir aqui e dar uma olhada na água, porque como tem muita gente aqui a pessoa tem que ir lá na frente pegar água que quando vem já vem toda suja, é uma agonia, alguns têm suas torneiras dentro, mas outros não têm, então precisa dar uma melhorada né, como a gente mora aqui precisava beber uma água boa, pura. A segurança é péssima porque e muito escuro aqui, tá muito ruim pra nós aqui, muito ruim (moradora E, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greeville* – Terra Firme).

Segurança, falta saúde, é preciso melhorar o tratamento da água, porque tem gente que toma banho e fica se coçando, outro dia faltou água e quando voltou fui abrir lá tava preta, preta e a minha mão coçou todinha (moradora F, há 22 (vinte e dois) anos no Pantanal).

A urbanização tem gerado agravos à saúde humana e seus impactos nocivos afetam, em particular, os mais pobres, devido às suas condições de vida, que favorecem a exposição aos fatores de riscos. A miséria das periferias, os aglomerados subnormais, associados à presença de esgoto a céu e de lixo, e à existência de áreas alagadas, produzem condicionantes e determinantes que afetam a saúde (MACHADO, 2004). No entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba, foi formado um cinturão de miséria, reprodutor de vários problemas urbanos decorrentes do descaso de governos anteriores que não desenvolveram políticas públicas nas áreas periféricas, agravando este quadro e exigindo o enfrentamento dos riscos sociais, econômicos e ambientais (BARBOSA, 2003).

Na última questão “como avaliam o Programa Saúde da Família com ênfase nas ações dos Agentes Comunitários de Saúde?” apenas uma moradora considerou o programa e o trabalho dos ACS satisfatórios, os demais moradores apontaram a falta de remédios no Posto de Saúde, a insuficiência fichas distribuídas para a consulta médica e a demora dos ACS’s em visitar as famílias.

Olha é demorado muito difícil, demora muito pra eles virem aqui, de vez em quando a gente vê eles aparecerem, [...] eles olham e não trazem resultado, nenhum, [...] as visitas demoram muito, se fosse uma vez por mês era muito bom, mas isso demora muito pra gente ver isso aí, teve uma época que a gente teve que ir atrás deles pra eles virem aqui olhar a situação que tava e foi uma luta pra eles virem foi difícil, até mesmo a dengue demoram pra vir dar uma olhada (moradora B, há 15 (quinze) anos no Riacho Doce).

Aqui a nossa agente ela sabe todos os dias de exame de acompanhamento daquelas pessoas que são hipertensas e ela não deixa passar, sempre ela vem olha tal dia é o dia do exame da senhora que a minha tia que é hipertensa, olha não esqueça que tem que fazer os exames ela fica lembrando, ela vai, marca, vem na casa e aconselha as pessoas ajuda chamo ela vem com a maior atenção pra mim eu considero assim um trabalho bom um trabalho de ACS, não sei de todos, mas pra essa ACS aqui da nossa área eu considero um trabalho muito bom (moradora D, há 17 (dezesete) anos no Pantanal).

O Programa Saúde da Família não é todo esse cacau não, falta mais atenção à saúde do idoso, precisa assim de um tratamento mais prioritário, aí na Família Saudável remédio não tem, só tem dois médicos, acho que deveria ter mais médicos pra poder contemplar a [...] tem mais casas para os agentes visitar, deveriam ter mais o cuidado de repassar, de visitar mais as pessoas pra levar as necessidades dos pacientes pra lá, mas isso não existe, só vem pra a gente assinar (moradora F, há 22 (vinte e dois) anos no Pantanal).

Hoje eu acho que se fosse dar um uma nota era zero, com a gestão que tá hoje porque em tempos passados era melhor. Quando a gente bate no posto não tem, só pra pessoas que são cadastradas e como nós não temos comprovante de residência fica difícil, fica pior ainda (moradora G, há 9 (nove) anos na “ocupação” *Greenville* - Terra Firme).

Implementar uma concepção abrangente ou integral de Atenção Primária à Saúde (APS) implica a construção de sistemas de saúde articulados em rede, centrados no usuário respondendo as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres. E a atuação intersetorial é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base a toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-doença, promovendo a saúde (GIOVANELLA et al., 2009).

A seguir são apresentadas as questões elaboradas para a entrevista com os gestores e Agentes Comunitários de Saúde do PSF/Riacho Doce e Pantanal:

A primeira questão apresentada nesta entrevista foi “um dos fundamentos pilares do Programa Saúde da Família é a estratégia de implementação da atenção primária nos municípios, no qual as equipes de ACS devem trabalhar para promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes na sua área de abrangência. Gostaria de saber como tem sido a sua execução no Riacho Doce e Pantanal?”

Na verdade são duas equipes que trabalham aonde têm médicos generalistas, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e têm os ACS. Cada equipe é composta por cento e cinco famílias distribuídas por micro áreas então cada família deve dar uma média aqui de sete pessoas, então dividindo isso, cada ACS, são geralmente dez por equipe que são divididos em dez micro áreas e cada um assume aquela micro área e é feito um levantamento inicial chamado ficha “A” onde anota o nome das pessoas, adulto e das criança e colocam se têm alguma doença, se aquelas doenças são crônicas degenerativas (o diabetes e hipertensão) e as infecciosas que são a tuberculose e hanseníase essas são as doenças referenciadas e fora disso tem o pré-natal (técnico DD, há onze (11) anos no PSF/Riacho Doce).

A concepção da saúde da família prevê a extensão da intervenção sanitária para além da estrita consulta de modo, a impactar nos indicadores de saúde das comunidades atendidas, esse esforço deve incidir em ações de educação e saúde como prática cotidiana, sob pena de se reproduzir o modelo de atenção tradicional. As estratégias implantadas com vistas à consecução do princípio da integralidade apontam para a priorização da articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) dentro do sistema municipal, com incentivo à regionalização dos serviços via criação de consórcios intermunicipais (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Ainda segundo as mesmas autoras o paradigma da promoção da saúde e a reatualização da discussão sobre os determinantes sociais na área da saúde têm se refletido em programas prioritários como: Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), desenvolvidos desde meados dos anos 1990 e concebidas como estratégias estruturantes da atenção básica em saúde e como porta de entrada do SUS, mas, cujos resultados positivos dependem fortemente da ação intersetorial.

As respostas dos técnicos em relação à questão “quais fatores de risco são propícios à propagação de doenças causadas por veiculação hídrica na sua área de atuação?” confirmam a relação direta entre a insuficiência de serviços de saneamento e o surgimento de doenças de veiculação hídrica.

Na verdade aqui enquanto houver a falta de saneamento não vai resolver, às vezes não é só a rede esgoto é da ligação da água que permite a contaminação, outras fontes de contaminação são legumes crus que compram na rua couve e sucos mal manipulados (técnico DD, há 11 (onze) anos no PSF/Riacho Doce e Pantanal).

O mal cuidado com a própria habitação e devido ao uso indevido das águas do Igarapé Tucunduba porque a gente sabe que aí existe muito foco de caramujo por conta da questão sanitária que é péssima (ACS CC, há 4 (quatro) anos no PSF Riacho Doce).

A estrutura dos três níveis de governo no Brasil é setorializada, significando uma organização que reflete a especialização de saberes, funções e modos de intervenção. A intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar resultados em situações complexas visando ao desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997). Para Machado (2004), a falta de gestão intersetorial entre as esferas governamentais representa um grande risco a saúde urbana, uma vez que nem sempre as iniciativas locais caminham ao lado das iniciativas regionais ou federais.

Questionados sobre “quais as principais doenças observadas na sua área de atuação que estão relacionadas à falta de saneamento?” as respostas dos técnicos também confirmam a existência de veiculação hídrica nessas áreas.

Aqui é uma área endêmica, nós temos problemas cíclicos de dengue, alguns casos de malária, leptospirose e verminoses e esquistossomose (técnico DD, há 11 (onze) anos no PSF/Riacho Doce e Pantanal).

Olha, ultimamente eu tenho identificado a própria Leishmaniose, relacionada ao igarapé, as verminoses, as diarreias, a gente tem que tá, inclusive volta e meia pedindo para que os moradores façam exames rotineiros (ACS CC, há quatro anos no PSF Riacho Doce).

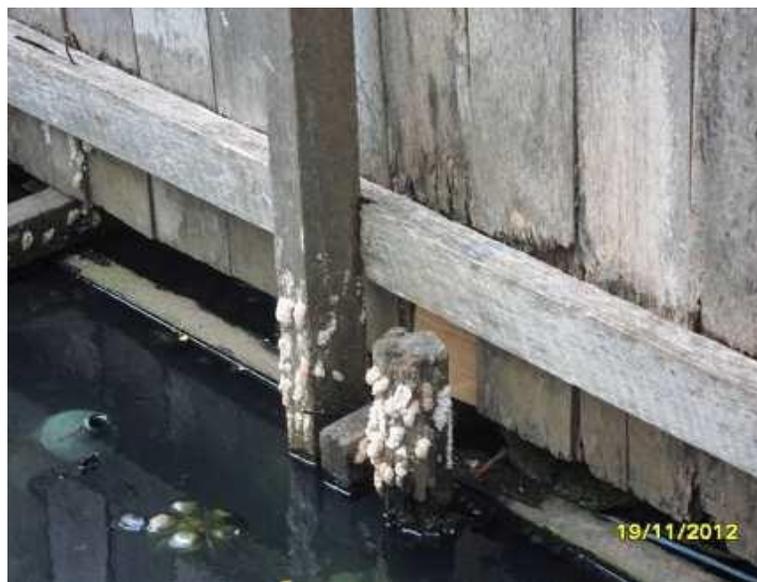
Os fatores de risco à exposição de doenças mencionados pelos técnicos também podem ser observados nas Fotos Foto 4 e Foto 5.

Foto 4: Entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba.



Fonte: Imagens Capturadas pela autora, 2012.

Foto 5: Foco de caramujos *Schistosoma mansoni* no entorno das residências na área de Riacho Doce.



Fonte: Imagens Capturadas pela autora, 2012.

A questão “qual a área de abrangência do Programa Saúde da Família no Riacho Doce e Pantanal? o Programa abrange todas as áreas ocupadas, inclusive as consideradas irregulares? Se não por quê?” a resposta mostrou que os moradores de “ocupação” como a *Greenville* enfrentam diversas dificuldades para terem o atendimento médico nos Postos de Saúde, por não possuírem comprovantes de residência para cadastro no PSF:

Na verdade, além disso, mais ainda, na verdade nós também cobrimos duas três vezes a nossa obrigação fora disso sempre tem as pessoas que moram no interior e chegam e são atendidas (técnico DD, há onze (11) anos no PSF/Riacho Doce e Pantanal).

E continua o entrevistado,

Outras áreas de ocupação não são atendidas, porque o problema que nós vamos ver é que a estratégia da saúde da família de Belém tá muito baixo, ela tem uma cobertura hoje estimada em dezoito por cento então é sempre muito difícil (técnico DD, há onze (11) anos no PSF/Riacho Doce e Pantanal).

Autores como Inojosa e Junqueira (1998), são unânimes em apontar a necessidade de se considerar os grupos populacionais e o espaço onde vivem e interagem com seu meio na formulação de planos e programas que atendam às suas necessidades, isso só torna possível mediante a abordagem intersetorial dos problemas de determinado grupo populacional, de modo a consolidar a promoção e elevação dos padrões de qualidade de vida.

Na questão “considerando que o Programa prevê que “as famílias são alvos de atenção básica no ambiente em que vivem”, qual a periodicidade com que elas são visitadas?” as respostas dos ACS’s entrevistados foi contrária àquela que a maioria dos moradores responderam:

Olha no programa nós devemos ir na casa das famílias uma vez por mês, mas existe necessidades de ir até dez vez por mês, porque tem família que procuram todo dia até de noite no caso de uma emergência (ACS BB, há treze (13) anos no PSF Riacho Doce).

É uma visita por mês na verdade, mas se a houver a necessidade a gente vai diversas vezes, dependendo das condições de saúde da pessoa, a gente vai quantas vezes for (ACS CC, há quatro anos no PSF Riacho Doce).

Cabe ainda ao ACS orientar as famílias para utilização dos serviços de saúde, o encaminhamento e agendamento de consultas, exames e atendimento odontológico no Posto de Saúde, quando necessário e a Realização de visita domiciliar para acompanhamento mensal das

famílias cadastradas sob sua responsabilidade para se inteirar das suas situações de saúde e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas.

As principais respostas para a questão “em relação às visitas, quais são os objetivos das visitas e quais procedimentos são recorrentes?” foram:

É saber como a família está e sempre recomenda que os pais calcem suas crianças, cuidado com o lixo, porque o lixo atrai muitos insetos e esses insetos conviviam com esse povo com a moradia até comigo conviveu na época os ratos (ACS BB, há treze anos no PSF Riacho Doce).

A gente procura saber se tem alguma pessoa grávida na família para pode dar início ao pré-natal e sobre fazer o preventivo anualmente no caso das mulheres [...] orientar as mães a que os filhos fiquem calçadas não entrem em contato com lama, embora tenha tido alguma resistência de algumas mães a gente tá ali sempre pegado no pé (ACS CC, há quatro (4) anos no PSF Riacho Doce).

As atribuições do ACS incluem a realização do mapeamento de sua área de atuação e cadastramento e atualização permanentemente da situação de saúde famílias, visando a identificação dos membros da família que possam estar em situações de risco e dos fatores de risco exposição de doenças na área.

Foi questionado se “estes procedimentos atendem às expectativas e demandas da população-alvo?” obtiveram-se as seguintes respostas:

Atende sim, com certeza, atende e muito, infelizmente a gente tá passando por um processo agora de final de mandato e a gente tá encontrando alguma dificuldade por questão dos medicamentos (ACS CC, há quatro (4) anos no PSF Riacho Doce).

O critério geográfico, do território, ocupa um lugar particular, pois é aí que as pessoas vivem e interagem com seu meio. A intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais. (JUNQUEIRA, 1998).

Também se questionou sobre “um dos fundamentos do Programa está relacionado ao levantamento dos fatores de risco que influenciam na saúde da população. A partir deste fundamento, quais atividades são realizadas para prevenção de doenças causadas por veiculação hídrica? E as atividades relacionadas à prevenção de doenças causadas pela falta de saneamento? Entre estas atividades, podemos citar as campanhas educativas para identificação e eliminação de

focos ou áreas consideradas endêmicas, relacionadas à dengue, à esquistossomose, à leptospirose, dentre outras doenças?” e os técnicos responderam que:

Infelizmente não, você mesmo fotografou as áreas e assistiu o que ocorre. No caso da leptospirose que a gente aconselha que a criança que tiver com ferida que não ande descalça (técnico DD, há onze (11) anos no PSF/Riacho Doce).

No momento, as únicas campanhas que continuam são a de pesagem e medidas e de vacina dos idosos. O que tá impedindo as campanhas tem a ver com a prefeitura, porque a prefeitura não manda recurso e nem manda material (ACS BB, há treze anos no PSF Riacho Doce).

Outra questão da entrevista foi “quais os órgãos públicos (Secretaria Municipal de Saneamento – SESAN, Companhia de Saneamento do Estado do Pará – COSANPA ou Ministério das Cidades) são mobilizados para trabalhos conjuntos para eliminação das áreas endêmicas?” e as principais

Não temos muito o que fazer porque nós temos aqui nessa área um projeto maravilhoso que é o do Canal do Tucunduba, que iniciou, mas paralisou tudo porque trocou político e quando tem é limpeza de canais de lixo e não é feita (técnico DD, há onze (11) anos no PSF/Riacho Doce e Pantanal).

Olha esses focos aí nada não acontece, assim, no caso aqui do Igarapé Tucunduba, enquanto, não fizer a drenagem, a retirada dessas famílias daí esse problema vai continuar (ACS CC, há 4 (quatro) anos no PSF Riacho Doce).

Para Junqueira (1998), a saúde como direito do cidadão e dever do Estado preconizada na Constituição Brasileira de 1988, não contempla apenas a doença, mas o direito do cidadão a uma vida digna e com qualidade. O que não envolve apenas a saúde, mas também a educação, o saneamento básico, a habitação, enfim, outras dimensões sociais, não isoladas, tratadas de maneira integrada, intersetorialmente. Para este autor a proposta é partir dos problemas da população e procurar, de forma integrada, soluções que remetam às ações e aos saberes próprios de cada política. Identificam-se as determinações sociais dos problemas emergentes nos diversos grupos populacionais de um território e buscam-se soluções não apenas no âmbito de uma política, mas de maneira integrada, intersetorial.

Perguntados sobre “o que motivam alguns ACS’s, por exemplo, a não fazerem devidamente o seu trabalho e só passarem para coletar a assinatura dos moradores?” tem a ver com as condições de trabalho deles ou não?”“ as possíveis dificuldades enfrentadas no trabalho estão relacionadas às condições físicas e/ou estruturais?”As respostas dos ACS compreenderam

questões como a falta de segurança no trabalho, o baixo salário e questões estruturais que impedem um melhor atendimento às famílias:

A gente convive com os ladrões e isso muitas das vezes faz os ACS's não fazerem as visitas como deveriam porque a gente entra dentro da casa do assassino, do traficante, que é o morador (ACS BB, há 13 (treze) anos no PSF Riacho Doce).

Com certeza o baixo salário e não tem uma condição de trabalho em uma área dessa de alto risco, uma violência nós trabalhamos numa área vermelhíssima, o pessoal pouco entende da importância da atenção básica (técnico DD, há 11 (onze) anos no PSF/Riacho Doce).

É mais a questão estrutural, se o governo der condições de prestar um serviço, é ótimo, mas, infelizmente não há uma contrapartida de quem de direito entendeu? Tem que melhorar as condições de trabalho, infelizmente eles estão deixando a desejar nesse quesito aí, portanto uma coisa acarreta a outra, se existe ACS que vai só na área pegar a assinatura é porque alguma coisa tá errada aí e não tá conseguindo desenvolver o trabalho dele devido a essa falta dessa contrapartida (ACS CC, há 4 (quatro) anos no PSF Riacho Doce).

Nós estamos sem uniformes, o nosso uniforme já está defasado, manchado, esbranquiçado de tanta lavagem, não usamos bota, não usamos procedimento nenhum de defesa, nós convivemos com a doença e não temos como nós prevenir porque dali se nós não formos bem vacinadas [...] fomos assaltadas dentro da casa de uma menina, nós tivemos um pânico (ACS BB, há 13 (treze) anos no PSF Riacho Doce).

A garantia das condições de trabalho e de segurança dos profissionais que atuam nas áreas estudadas. Salienta Inojosa (1998), que coisas separadas ou itens isolados não dão conta de promover qualidade de vida das populações e de fomentar o desenvolvimento, porque essas pessoas precisam integradamente, de condições de desenvolvimento social, de condições ambientais e de infraestrutura. É preciso superar a fragmentação do conhecimento, já que as clausuras setoriais não dão conta de enxergar a totalidade da realidade.

No último tópico questionou-se sobre “qual a avaliação dos resultados desta busca de intersectorialização de políticas como de saúde e saneamento? Dando exemplos de medidas realizadas em conjunto. Em caso negativo, quais são os fatores que mais interferem nesta negatividade? São problemas relacionados à gestão municipal, à gestão do Programa Saúde da Família, à formação dos recursos humanos (gerentes e ACS's) envolvidos, à escassez de recursos financeiros para diversificação de atividades de caráter educativo/preventivo e de logística (em relação às condições físicas de trabalho) necessária para execução destes serviços?” e as respostas foram:

Acho que tem à ver com gestão, é sempre gestão não é falta de dinheiro é má gestão porque quando pessoal entra no meio político eles colocam gestão na mão de pessoas incompetentes (técnico DD, há 11 (onze) anos no PSF/Riacho Doce).

Sinceramente eu nunca vi por parte da prefeitura uma ação enérgica contra os casos aí, a gente tenta prevenir e fica a cargo do morador tenta ligar pra imprensa pra poder denunciar porque a prefeitura, eles não veem fazer aterramento de rua com relatório nosso (ACS CC, há 4 (quatro) anos no PSF Riacho Doce).

De acordo com Monnerat e Souza (2011), um dos principais desafios colocados à efetivação do modelo de atenção à saúde da família, preconizado na legislação do SUS, é a persistência da concepção endógena prevalente no campo da saúde e que se expressa na prática de seus profissionais. O Programa de Saúde da Família é implementado, principalmente, nas áreas mais periféricas, onde as facetas da pobreza expõem sua face mais aguda, tornando óbvias as insuficiências do setor saúde para impactar os indicadores locais através de intervenções isoladas. As autoras apontam que na prática isto suscita altos níveis de conflito e disputa política entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo. Além da competição em torno das estruturas de poder, também se percebem as disputas corporativas que permeiam o aparelho de Estado.

A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais. Em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só. Na perspectiva da APS no âmbito municipal, a atuação intersetorial se processa na ação comunitária no território, articulação na SMS e articulação de políticas municipais (GIOVANELLA et al., 2009, p. 784) .

Embora a integralidade venha ganhando relevância na agenda setorial nos últimos anos, sua operacionalização até o momento tem se mostrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras. Torna-se evidente que muitas das ações necessárias para a promoção da saúde envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Cabe ressaltar os avanços alcançados no setor de saneamento e de saúde durante a gestão do Partido dos Trabalhadores (PT) na Prefeitura Municipal de Belém de 1997-2004. Pode-se

constatar segundo Santana (2006), que apesar dos limites decorrentes da dinâmica capitalista e da lógica neoliberal, que prioriza a criação de condições para fluidez do capital e a diminuição de investimentos em políticas públicas, é possível sim, transformar a esfera pública em um espaço de luta contra a desigualdade econômica e social e de ampliação e universalização de direitos como acesso a saúde, saneamento, moradia digna, dentre outros.

A ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) na Prefeitura Municipal de Belém em 1997 possibilitou de acordo com Martins 2000 *apud* (Santana, 2006, p. 221) a definição das “Marcas de Governo” concentradas em: “*Dar um futuro às crianças e aos adolescentes, Saúde para todos, Sanear Belém, Revitalizar Belém, Transporte humano, Participação popular*”, a partir de uma gestão intersetorial, buscando a integração e a articulação entre as diferentes Secretarias na definição e execução das políticas públicas.

Esse modelo de gestão permitiu a criação de equipamentos de infraestrutura para áreas periféricas da cidade de Belém e particularmente para as áreas de Riacho Doce e Pantanal, através da implementação do Plano de Desenvolvimento Local Riacho Doce e Pantanal. Destaca Santana (2006) que o PDL - Riacho Doce e Pantanal,

Objetivou o diálogo entre os diferentes campos das políticas públicas, mas também entre os gestores e a população residente nas áreas, tendo a clareza da complementaridade das ações para concretude de diversas necessidades e direitos do cidadão. É nesse sentido que o Plano integrou políticas importantes como moradia digna, saneamento ambiental, infraestrutura urbana, saúde, educação, lazer, esporte e cultura e sua execução contribuiu positivamente na melhoria das condições de vida da população dessas áreas, e despoluição do Igarapé Tucunduba (Santana, 2006, p. 258).

Com fim do mandato do Partido dos Trabalhadores (PT) na Prefeitura de Belém e a eleição do candidato Dulciomar Costa em 2004, passa-se a vivenciar a não priorização das propostas de saneamento e de moradia digna e infraestrutura nas diversas áreas periféricas da cidade de Belém marcadas pelas condições de precariedade e particularmente nas áreas de Riacho Doce e Pantanal, caracterizando uma descontinuidade de gestão de interesse social e o retorno a total precariedade e poluição da Bacia Hidrográfica do Tucunduba. O Plano ainda não teve a sua última etapa concluída.

A falta da intersetorialidade está presente em todos os âmbitos de poderes e em toda a cidade de Belém, mas o que faz com que em alguns bairros a incidência de doenças causadas por veiculação hídrica seja maior ou menor? Para responder a essa questão vale retomar

resumidamente a discussão da determinação econômica e o uso do espaço urbano abordado no segundo capítulo desta dissertação, como fatores que determinam a precarização das condições de vida da população do Riacho Doce e Pantanal e de outras ocupações em situações sub-humanas de vida.

Desse modo, é importante compreender que no modo de produção capitalista a revolução tecnológica é incessante na produção de mercadoria necessária à acumulação. De outro lado, para garantir a circulação, distribuição e consumo dessa mercadoria produzida e a rápida mobilidade do capital e da força de trabalho é necessário a criação de infraestruturas físicas e sociais e seguras. “A capacidade de dominar o espaço implica na produção de espaço” (HARVEY, 2005 p. 149).

Contraditoriamente, essas infraestruturas são distribuídas de forma desigual entre regiões, cidades e bairros, instaurando um processo de segregação social geradora de antagonismos no usufruto dos bens e equipamentos da cidade. Desse modo, enfatiza Trindade Jr. (1997), que a produção do espaço urbano está reacionada ao sítio natural da cidade bem como a sua inserção no modo de produção capitalista. Assim, a cidade de Belém também reproduz as contradições geradas na distribuição de equipamentos de infraestrutura, privilegiando áreas centrais nas quais residem as famílias de renda média e média alta, enquanto uma grande parcela da população belenense vive nas áreas de baixadas nas quais estão inseridas Riacho Doce e Pantanal.

De acordo com Trindade Jr. (1997), as baixadas constituem-se como espaços segregados e socialmente excluídos, com deficiência ou insuficiência de equipamentos urbanos e comunitários, nos quais se negam o direito à cidadania as pessoas que ali residem. É essa negação de direitos básicos como o saneamento básico que contribui para que essas áreas de baixadas tenham maiores incidência de doenças de veiculação hídrica em relação aos bairros considerados “nobres” na cidade de Belém. Mas, certamente se as políticas de saúde e de saneamento fossem realmente integradas no município de Belém, os resultados apontariam para maior cobertura de serviços de saneamento e a conseqüente diminuição do quadro de doenças relacionadas à falta de saneamento.

Nesse sentido, “o modelo que tem como paradigma de organização a intersectorialidade visa propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, na perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização ao controle social” (INOJOSA, 1998, p. 43).

Assim, o conceito de intersetorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública, ou seja, para sua efetivação, é fundamental o imperativo da integração entre as políticas responder à complexidade das demandas sociais contemporâneas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Ainda segundo essas autoras, historicamente, a área de saúde é a que apresenta maior acúmulo em termos da experiência política, apesar disso, durante a consolidação institucional do SUS, não foi dada prioridade à implementação de estratégias de construção de um sistema de seguridade social, o que poderia ocorrer mediado pela ótica da intersetorialidade, presente no ideário da reforma sanitária e incorporada em sua lei orgânica de 1990. Assim, a descentralização da saúde avança em termos do planejamento e gestão setorial, mas, na atualidade, observa-se que tais conquistas são limitadas pela persistência do modo fragmentado de produzir a política saúde no país.

Na política da saúde, a intersetorialidade aparece como forma de integração intrasetorial da rede assistencial com a intersetorial, ou seja, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde, mas na prática a integralidade não assume na agenda setorial a conotação de prioridade. Como apontam autores como Giovanella et al. (2009) e Mattos (2001 apud MONNERAT; SOUZA, 2011), a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 20 anos de existência do sistema, diferentemente das diretrizes da descentralização e do controle social, assumidas como centrais na trajetória recente do setor.

Intersetorialidade ou transetorialidade é concebida como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Usualmente, a expressão intersetorialidade é utilizada para se referir a conjuntos de projetos que eventualmente estabelecem algum diálogo na hora da formulação ou da avaliação. Mas aqui estamos falando de uma perspectiva muito maior do que essa e que tem um conjunto de implicações para a ação do Estado, seja ela direta ou indireta (INOJOSA, 2001).

Segundo Inojosa (2001), duas coisas são fundamentais sobre a formulação, a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos intersetoriais: a focalização, com base regional, em

segmentos da população e a preocupação com resultados e impactos. Entretanto, via de regra, esses resultados não são acompanhados e por isso, muitas vezes são repetidos erros históricos.

Segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos microespaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais. A articulação de dessas duas diretrizes no processo de desenvolvimento social, pode constituir um novo paradigma orientador da modelagem de gestão pública.

A articulação da descentralização e intersetorialidade permite o estabelecimento de redes regionais de ação social (Junqueira, 1994), orientadas por planos específicos e integrados para cada grupo populacional, numa dada região, visando atender às suas peculiaridades (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

Uma das atribuições da equipe de saúde da família é atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, para melhor intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, com efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Contudo, mesmo que o Ministério da Saúde venha trabalhando na priorização da atenção básica a partir do primeiro mandato do Presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003-2007) e na expansão da Estratégia de Saúde da Família, ainda são muitas as dificuldades e desafios a serem enfrentados para a mudança efetiva do modelo assistencial e para a promoção de melhores níveis de saúde no país (MONNERAT; SOUZA, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de produção capitalista revoluciona, permanentemente, o padrão da produtividade para obtenção do lucro no mercado. O Estado nesse modo de produção engendra relações, especialmente àquelas relacionadas com o processo de urbanização, que são geradoras da segregação social enquanto explicitação das desigualdades nas cidades no que se refere ao acesso aos equipamentos e serviços.

Os cidadãos que ocupam áreas sem infraestrutura para moradia, não têm opção ou condições de morar em outras áreas. No modo de produção capitalista, a intervenção estatal no processo de socialização das condições gerais de produção e reprodução do capital e da força de trabalho ocorre de forma contraditória, separando partes da cidade que possuem equipamentos completos de infraestrutura e outras que não.

A cidade de Belém, capital do estado do Pará, se constituiu historicamente num dos principais centros econômicos da região norte, a partir da sua inserção na dinâmica de desenvolvimento econômico regional. Essa mesma dinâmica produziu, contraditoriamente, impactos econômicos, políticos, culturais e ambientais sobre a cidade, dentre as quais se destaca a precariedade na distribuição dos equipamentos de infraestrutura básica, que caracterizam a segregação social. Nas áreas de Riacho Doce e Pantanal, localizadas no entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba em Belém/PA, reproduzem-se as condições de precariedade na distribuição daqueles equipamentos, presentes nos espaços denominados de “baixadas” que favorecem a exposição aos fatores de riscos e à proliferação de doenças causadas por veiculação hídrica. As precárias condições de saneamento básico nessas áreas são os principais determinantes da morbidade por diversas doenças, como a esquistossomose, que é endêmica em função, inclusive, do modelo assistencial que não priorizou a busca ativa de casos da doença, prevalecendo assim uma subnotificação da sua incidência.

A segregação social no espaço urbano se observa com relação a diferentes aspectos como a habitação/moradia, utilização de equipamentos coletivos e acesso ao transporte coletivo. Nas áreas de Riacho Doce e Pantanal observou-se a falta moradia adequada para a maioria dos moradores, assim como a carência de equipamentos coletivos que garantem condições dignas de moradia e de vida.

O combate dos fatores de risco à propagação de outras doenças como dengue, hepatite A, leptospirose e as doenças diarreicas agudas só pode ser concretizado mediante a articulação de

um conjunto de ações intersetoriais que conduzam à melhoria das condições moradia e de vida da população como: saneamento básico, habitação adequada e acesso universal aos bens e serviços coletivos.

A falta de água tratada, do lixo e de esgoto sanitário adequado resulta na exposição e propagação de doenças, especialmente aquelas de veiculação hídrica. A redução da incidência dessas doenças depende de políticas públicas de saneamento básico e de saúde articuladas na prevenção. Os domicílios com serviços sanitários básicos reduzem, em muito, os potenciais riscos a doenças dessa natureza.

Invariavelmente a população mais pobre é a mais penalizada pela ausência de saneamento básico e de moradia adequada, visto que esses direitos lhes são negados pelo poder público e eles não possuem os meios necessários para satisfação dessas necessidades básicas. Desse modo, a garantia de políticas públicas universais, assim como de acesso aos bens e serviços coletivos aos moradores dessas áreas é necessária e urgente. O acesso desigual aos principais serviços públicos de saúde e saneamento básico resulta em doenças que poderiam e deveriam ser evitados, com a ampliação e universalização de políticas públicas e o uso da intersetorialidade enquanto ferramenta de gestão dessas políticas.

A análise da realidade pela teoria social crítica permitiu ainda constatar que, na prática, a consolidação das premissas da intersetorialidade entre políticas públicas no Brasil ainda constitui um grande desafio, mas é urgente a sua efetivação para reverter o quadro de proliferação de doenças preveníveis por serviços de saneamento.

A questão sobre a relação entre saúde e saneamento, objeto central desta discussão, apresentou falas significativas sobre essa correlação por parte dos moradores e técnicos entrevistados. Quase todos os moradores afirmaram que os dejetos sanitários são jogados no Igarapé Tucunduba. Os moradores ainda responderam na sua totalidade a necessidade de serviços de saneamento básico para prevenção de doenças nas áreas estudadas. As respostas dos moradores e dos técnicos do PSF indicaram que a maioria das doenças são aquelas causadas por veiculação hídrica, com destaque para esquistossomose. Os técnicos reponderam que não existe nenhum trabalho intersetorial com a SESAN e outros órgãos para eliminação de áreas de riscos à contaminação de doenças.

Inojosa (2001) aponta alguns fatores que contribuem para o impasse da implementação da intersetorialidade como diretriz de gestão pública no Brasil: primeiro porque o aparato

governamental reflete exatamente as clausuras das disciplinas que tradicionalmente, fatiam o conhecimento e os saberes, outra herança é a hierarquia verticalizada, piramidal, nas quais as decisões são tomadas apenas no topo, e não na base, próximo à população, e terceiro porque o aparato governamental também é objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse. Esses fatores transformam a estrutura governamental numa arena de competição. Todas as estruturas, em todos os níveis de governo, a cada governo e a cada nova gestão, são loteadas por partidos e pelos grupos de apoio, passando por um novo loteamento político-partidário. Todos os setores, como Educação, Saneamento, Saúde etc., são campos de interesse de fornecedores, de produtores, de corporações e de grupos político-partidários.

Outra questão é como consolidar a intersetorialidade dentro da lógica de Estado mínimo, num cenário onde se tem mais programas de governo do que políticas de Estado? As políticas assistencialistas não se encaixam no modo de pensar intersetorial, pois ele contradiz a natureza do assistencialismo, que tem caráter de compensação e de provimento de itens. Mas, cuidar da transformação da sociedade e promover o desenvolvimento social é uma abordagem diferente, que significa a repartição mais equânime das riquezas. A proposta de intersetorialidade tem consequências tanto no planejamento como no orçamento (que deveria ser um produto do planejamento, mas não é). Atualmente, é o orçamento que determina o planejamento, a partir de embates entre grupos de interesse que definem a distribuição no orçamento, assim como definem, depois a liberação dos recursos (INOJOSA, 2001). Dentro da lógica de gestão tradicional cada política é tratada isoladamente, sem considerar a totalidade das necessidades dos cidadãos. Nessa ótica, o conceito de intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão. O cidadão, para resolver seus problemas, necessita que eles sejam considerados na totalidade e não de forma fragmentada. Os serviços de saúde e de saneamento ofertados aos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico devem ser integrados. Mas, na prática observa-se a implantação de planos, projetos programas e até de políticas é feito de forma isolada, enfrentando os problemas apenas da sua ótica, independentemente da sua capacidade de resolução. A superação dessa dicotomia constitui um passo importante rumo à consolidação da intersetorialidade nas políticas públicas brasileiras.

A proposição e implementação de políticas públicas como de saúde, saneamento, educação, dentre outras, deve ser tratada de forma integrada, uma vez que não é eficaz e nem suficiente fornecer medicamentos para doenças como a verminoses e a esquistossomose, se não

se tratem as fontes de contaminação como o esgoto a céu aberto, o lixo e a água parada e contaminada. Sem um conjunto de necessidades atendidas, as pessoas não terão as condições para uma vida saudável.

A partir das observações decorrentes desse estudo constata-se que, apesar dos preceitos legais e progressistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persiste, no Brasil, a falta de integração entre as políticas de saúde e saneamento. Tem-se, assim, um quadro de grandes desafios para a consolidação do direito humano à condições de vida digna o que, em regiões/nações periféricas como o Brasil e a Amazônia, significariam minimamente o acesso à água tratada e rede de esgotos para a população pauperizada que sobrevive em meio a segregação socioespacial em áreas como o Riacho Doce e Pantanal na cidade de Belém/PA.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELÉM, A. G. **Urbanização e remoção: por que e para quem?** Belém: Centro de Filosofia e Ciências Humanas. NAEA/UFGA, 1988.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: BORÓN, A.; SADER, E. (orgs). **Pós-Neoliberalismo**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

BARBOSA, M. J. S. **Urbanização do Igarapé Tucunduba: gestão de rios urbanos-Belém/Pará.** 2003. Disponível em: http://downloads.caixa.gov.br/arquivos/melhorespraticas/estudos_caso/estudo_caso_tucunduba.pdf. Acesso em 15/04/2013.

BATISTA JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o quer fazer. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde na Atualidade: por um Sistema único de Saúde Estatal, Universal e de Qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS, 2011.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BELÉM, P. M. de. **Diagnóstico Habitacional de Belém**. v. 3. Belém, 2009.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersetorial**. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: 04/03/2013.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). **Manual de Saneamento Básico**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério das Cidades Brasil. **Plano de Saneamento Básico Participativo**. 2009. Disponível em: [http://www.meioambiente.pr.gov.br/arquivos/File/coea/pncpr/Cartilha Plano de Saneamento Basico](http://www.meioambiente.pr.gov.br/arquivos/File/coea/pncpr/Cartilha_Plano_de_Saneamento_Basico). Acesso em: 20/01/2012.

_____. **Gasto Público em Saneamento Básico: governo federal e fundos financiadores**. Relatório de Aplicações de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010. Brasília, MC/SNSA, 2011. Disponível em: <http://www.capacidades.gov.br/biblioteca/detalhar/id/186/titulo/Gasto+Publico+em+Saneamento+Basico+-+2010/pagina/3>. Acesso em 02/04/2013.

BRASIL. Senado Federal do. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília, 1988.

- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Cortez Editora, 1996.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A Saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES J. S. B. (orgs.). **Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal e de qualidade**. 1ed. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS, 2011, p. 15–28.
- CAVALCANTI, P. B. et al. **A Relevância da Intersetorialidade na Atenção Básica em Saúde**. In: XIII Encontro Nacional dos Pesquisadores em Serviço Social. Juiz de Fora: ENPESS, 2012.
- CRUZ, S. H. R. **Grandes Projetos Urbanos em Metrópoles Amazônicas: segregação social e moradia em Belém e Manaus**. Tese (Doutorado) — Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, 2012.
- DAVIS, M. **Planeta Favela**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- DURIGUETTO, M. L. *Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário*. São Paulo: Cortez, 2007.
- ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- _____. **A Questão da Habitação**. São Paulo: Editora Acadêmica, 1988.
- _____. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- FAGNANI, E. **Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Tese (Doutorado) — UNICAMP, Programa de Pós-graduação em Economia, 2005.
- FIALHO NASCIMENTO, N. S. **Amazônia e Desenvolvimento Capitalista: elementos para uma compreensão da “questão social” na região**. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.
- FRANCO, R. M. B. **Protozoários de Veiculação Hídrica: relevância em saúde pública**. In: *Revista Pan-americana de Infectologia*, v. 9, no 1, 2007, p. 36–43.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009, p. 783–794.
- GOHN, M. da G. *História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania*. São Paulo: Loyola, 1995.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. Edições Loyola, 1992.

_____. **A Produção Capitalista do Espaço**. Annablume, 2005.

_____. **Palestra na Tenda de Urbana do Fórum Social Mundial em 29 de janeiro de 2009**.

2009. Disponível em:

http://www.unmp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=251:fsm-2009-palestra-de-david-harvey&catid=36:noticias&Itemid=61 Acesso em: 28 de janeiro de 2013.

IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2ª ed. Cortez, 2006.

_____. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. Cortez Editora, 2008.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo e Lima, Peru: Cortez e CELATS, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB)**. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07/01/2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese dos Indicadores de 2009. 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07/01/2012.

_____. **Censo 2010**. 2011. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 07/05/2013.

_____. **Características Urbanísticas do Entorno dos Domicílios**. Censo Demográfico 2010, Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20/05/2013.

INOJOSA, R. M. **Intersetorialidade e a Configuração de um Novo Paradigma Organizacional**. In: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35–48, 1998.

_____. **Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade**. In: *Cadernos FUNDAP*, n. 22, p. 102–110, 2001.

INSTITUTO TRATA BRASIL. **Ranking do Saneamento: nova metodologia e resultados**. 2012. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/datafiles/uploads/pdfs/relatorio-ranking.pdf>. Acesso em: 05/12/2012.

- JUNQUEIRA, L. A. P. **Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal.** In: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11–22, 1998.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de fortaleza.** In: Série Concurso de Ensayos CLAD (Caracas), 1997.
- KRONEMBERGER, D. M. P.; CLEVELÁRIO JÚNIOR, J. **Análise dos Impactos na Saúde e no Sistema Único de Saúde Decorrentes de Agravo Relacionados ao Esgotamento Sanitário Inadequado nos Municípios Brasileiros com mais de 300.000 Habitantes.** 2010. Disponível em: <http://www.agersa.es.gov.br/site/arquivos/relatorios/Estudo%20Completo%20Esgoto%20TRATA%20B>.
- LEAL, A. L. **Uma Sinopse Histórica da Amazônia - uma visão política.** In: Revista de Estudos Paraenses - Edição Especial, Belém: Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará - IDESP, 2010.
- LEFEVBRE, H. **O Direito à Cidade.** São Paulo: Editora Moraes, 1991.
- _____. **A Cidade do Capital.** Rio de Janeiro: DP&A, 1999.
- LIMA, E. C. de; VILASBÔAS, A. L. Q. **Implantação das Ações Intersetoriais de Mobilização Social para o Controle da Dengue na Bahia.** In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, 2011, p. 1507 – 1519.
- LOJKINE, J. **O Estado Capitalista e a Questão Urbana.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- MACHADO, M. D. J. **Diferenças Intra-Urbanas de Saúde em Belém.** Belém: NAEA, 2004.
- MANDEL, E. **A Crise do Capital: os fatos e sua interpretação marxista.** Ensaio, 1990.
- MARICATO, E. **Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras.** In: Revista São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 14, n. 4, 2000, p. 21–33.
- _____. **Alternativas para a Crise Urbana.** Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- _____. **O Impasse da Política Urbana no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- MARQUES, G. **A Incorporação Amazônica no Desenvolvimento Capitalista Brasileiro.** In: Revista de Estudos Paraenses - Edição Especial, Belém: Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará - IDESP, p. 67–88, 2010.
- MARX, K.; ENGELS, F. **La Ideología Alemana: crítica de la novísima filosofía alemana en las personas de sus representantes Feuerbach, B. Bauer y Stirner, y del socialismo alemán en las de**

sus diferentes profetas. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos; Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1974.

MERCEDES, S. S. P. Análise Comparativa dos Serviços Públicos de Eletricidade e Saneamento Básico no Brasil: ajustes liberais e desenvolvimento. Tese (Doutorado) — USP, Programa Interunidades de Pós-graduação em Energia, 2002.

MÉSZÁROS, I. La crisis de política. In: BORGIANNI, E.; MONTANÕ, C. (orgs). **Coyuntura Actual, Latino Americana y Mundial: tendência y movimientos**. São Paulo: Cortez, v. 14, 2009.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. In: Revista Katálisis, Florianópolis, v. 14, n. 1, 2011, p. 41–49.

NASCIMENTO, M. A. C. do. O Paradoxal Desenvolvimento do Estado do Pará: efeitos no social. In: SHERER, E. (org). **Questão Social na Amazônia**. Manaus: Edua, 2009.

OLIVEIRA, J. M. G. C. de. A Verticalização nos Limites da Produção do Espaço: parâmetros comparativos entre Barcelona e Belém. In: Anais do IX Colóquio Internacional de Geocrítica - **Los Problemas del Mundo Actual. Soluciones y Alternativas desde la Geografía y Las Ciencias Sociales**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatory Safer Water for Better Health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health. Genebra, 2008.

_____. Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to select major risks. Genebra, 2009.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, J. A. R. Saneamento em Áreas urbanas. In: PEREIRA, J. A. R. (org). **Saneamento Ambiental em áreas Urbanas: Esgotamento Sanitário na Região Metropolitana de Belém**. Belém: NUMA/UEPA/EDUFPA, 2003.

PEREIRA, T. D. et al. Lugar de Assistentes Sociais no Saneamento: conhecimento crítico, leitura histórica e integração setorial como métodos. In: XIII Encontro Nacional dos Pesquisadores em Serviço Social. Juiz de Fora: ENPESS, 2012.

PICOLI, F. **O Capital e a Devastação da Amazônia**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

- PINHO, G. S. A.; RIBEIRO, H. B. A. **Intersetorialidade: por que não dá certo? - as políticas públicas e seus desencontros.** Revista Eletrônica Polêmica, Rio de Janeiro: UERJ, v. 9, n. 1, 2010.
- POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão,** 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 07/05/2013.
- PRETECEILLE, E. **A Construção Social da Segregação Urbana: convergências e divergências.** In: Revista Espaço & Debates, São Paulo, v. 24, n. 45, 2004, p. 11–232.
- PROJETO NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL DA AMAZÔNIA. Moradores do Riacho Doce e Pantanal: história de luta e conquistas no Igarapé Tucunduba. Belém, 2008.
- RIBEIRO, K. T. S.; MARIN, R. E. A Questão da Água e a Interface na Saúde Humana. In: COUTO, R. C., CASTRO, E. R. e MARIN, R. A. (orgs). **Saúde, Trabalho e Meio Ambiente: políticas públicas na Amazônia.** Belém: UFPA, 2002.
- RIBEIRO, L. C. de Q. O Estatuto da Cidade e a Questão Urbana Brasileira. In: RIBEIRO, L. C. Q.; CARDOSO, A. L. (orgs.) **Reforma Urbana e Gestão Democrática: promessas e desafios do Estatuto da Cidade.** Rio de Janeiro: Editora Revan Ltda, v. 1, 2003, p. 11–26.
- _____. Segregação Residencial: teorias, conceitos e técnicas. In: MOYSÉS A. (org). **Cidade, segregação urbana e planejamento.** Goiânia: EDUCG, 2005.
- _____. A Cidade do Pensamento Único: desmanchando consensos. Goiânia: EDUCG, 2005.
- RODRIGUES, A. S. de L.; MALAFAIA, G. **Degradação dos Recursos Hídricos e Saúde Humana: uma atualização.** In: Revista Saúde e Ambiente / Health and Environment Journal, v. 10, n. 1, 2009, p. 13–23.
- RODRIGUES, E. B. Aventura Urbana: urbanização, trabalho e meio-ambiente em Belém. Belém: editora, 1996.
- SÁ, M. E. R.; FIALHO NASCIMENTO, N. S. Acumulação de capital e Cidades na Amazônia: produção de riquezas e negação de direitos sociais. In: Vera Lúcia Batista Gomes; Ana Cristina Souza Vieira; Maria Antônia Cardoso Nascimento (orgs). **O Avesso dos Direitos: Amazônia e nordeste em questão.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012, p. 201–224.
- SANTANA, J. V. Banco Interamericano de Desenvolvimento e Política Urbana no Município de Belém: tensões e compatibilidades no modelo de gestão de cidades e no discurso da participação social. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

- SANTOS JÚNIOR, O. A. **Reforma urbana: por um novo modelo de planejamento e gestão das cidades**. Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal, (Série Teses, dissertações e monografias), 1995.
- SANTOS, L. R. S. A Regulação na Saúde e o Fortalecimento do Setor privado sob a Orientação do Banco Mundial. Jundiaí: Paco Editorial, 2011.
- SANTOS, L. dos R. S.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
- SILVA, G. S. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise. In: Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (Orgs.). **Saúde na Atualidade: por um Sistema único de Saúde Estatal, Universal e de Qualidade**. 1ed. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS, 2011, p. 10–14.
- SILVA, P. C. V.; DOMINGUES, A. L. C. **Aspectos Epidemiológicos da Esquistossomose Hepatoesplênica no Estado de Pernambuco, Brasil**. In: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, n. 32011, p. 327–336.
- SIQUEIRA JÚNIOR, J. B. et al. **Dengue no Brasil: _ tendências e mudanças na epidemiologia, com ênfase nas epidemias de 2008 e 2010**. Brasília: secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_7_saude_brasil_2010.pdf.
- SOARES NETO, A. V. **Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento de Portadores de Esquistossomose**. Monografia (Residência Médica) — Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012.
- SOUSA, A. C. A. **Política de Saneamento no Brasil: atores, instituições e interesses**. Tese (Doutorado) — Fiocruz, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.
- SOUZA, C. FREITAS, C. MORAES, L. **Discursos sobre a relação saneamento-saúde-ambiente na legislação: uma análise de conceitos e diretrizes**. In: Revista de Engenharia Sanitária e Ambiental, Rio de Janeiro, v. 12, n. 42007, p. 371–379.
- SPOSATI, A. **Gestão Pública Intersetorial: sim ou não? comentários de experiência**. Revista Serviço Social e Sociedade, v. 27, n. 85, 2006, p. 133–141.

THOMPSON, E. P. A Formação da Classe Operária Inglesa - II - a maldição de Adão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

TRINDADE JÚNIOR, S. C. **Produção do Espaço e Uso do Solo Urbano em Belém.** Belém: UFPA/NAEA/PLADES, 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **What price water?** The Unesco Courier 2. 1999.

VAINER, C. B. P. Empresa e Mercadoria: notas sobre a estratégia discursiva do planejamento estratégico urbano. In: Otilia Arantes; Carlos Vainer; Ermínia Maricato(orgs). **A Cidade do Pensamento Único: desmanchando consensos.** Petrópolis: Vozes, 2000.

VALENTE, M. L. M. G. A Questão da Habitação Social na Região Metropolitana de Belém. In: José Almir Rodrigues Pereira (org). **Saneamento Ambiental em áreas urbanas: esgotamento sanitário na Região Metropolitana de Belém.** Belém: NUMA/UEPA/EDUFPA, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE E SANEAMENTO: relação entre doenças causadas por veiculação hídrica e condições de saneamento no município de Belém/PA

Pesquisador: Milanca Mancabú

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05175212.7.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 230/09

Data da Relatoria: 26/03/2013

Apresentação do Projeto:

Os aspectos formais do presente projeto encontram-se satisfetos haja vista que na FOLHA DE ROSTO a Pesquisadora Responsável bem como a Instituição Proponente estão definidas nos seus itens informativos. Todavia, o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) padece da ausência de dados exigidos para o real conhecimento dos seus destinatários - os sujeitos da pesquisa. Destaca-se que, estes, são moradores de áreas de riscos - pessoas residentes em áreas de invasão, na maioria sem escolaridade satisfatória ou nenhuma, notoriamente conhecida a sua condição de carência de alcance dos direitos

sociais. Assim, deve ficar bem claro que não haverá qualquer remuneração pela participação do sujeito na pesquisa e sua participação é voluntária. A par disso deve haver, também, a DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DA UNIVERSIDADE sobre quaisquer ônus ou encargos decorrentes dos procedimentos desenvolvidos para a sua consecução. O estudo que sevirá para o desenvolvimento da dissertação do Curso de Mestrado da Pesquisadora

Responsável, com vínculo ao Instituto de Ciências Sociais da UFPA, tem como finalidade a publicização das condições de moradia, infraestrutura e saúde da população residente na área Riacho Doce/Pantanal - para subsidiar a formulação de políticas públicas e estratégias de lutas para os movimentos sociais, servindo-se de dados entre os anos 2000 a 2010.

Objetivo da Pesquisa:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SB do ICS 13 - 2º and
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.073-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (81)3201-7735 **Fax:** (81)3201-8028 **E-mail:** cepcci@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Versa a pesquisa intitulada acima analisar a relação entre a moradia, saúde e saneamento básico, a partir da verificação da incidência de doenças por transmissão e veiculação hídrica em Belém, dando-se ênfase à bacia Hidrográfica do Tucunduba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A metodologia é clara pela definição do referencial teórico através de práticas de "observação, análise e interpretação do objeto estudado, fundamentada na teoria social crítica, com vistas a permitir a análise do objeto integralmente. Presente está a abordagem qualitativa de forma a captar a realidade do que a Pesquisadora chama de determinantes políticas, econômicas e sócio-culturais que a compõem. Para tal recorre aos levantamentos estatísticos oferecidos pela OMS, à revisão bibliográfica, e que este projeto bem demonstra que a necessidade dos estudos pela ocorrência de doenças e até o óbito de crianças em escolas e creches, resultantes do consumo de água poluída, falta de saneamento nas moradias. A propósito transcrevo trecho de objetivo específico que denota a seriedade da Pesquisadora quanto ao desenvolvimento deste estudo: "As propostas em relação a essa temática constituem-se pautas de reivindicações de vários segmentos da sociedade brasileira com vistas à melhoria de saúde da população e suas condições de vida, destacando-se os debates no meio acadêmico, na sociedade civil organizada por meio dos movimentos sociais, nos meios de comunicação, nas instituições governamentais e nas organizações não-governamentais, de âmbito local, regional, nacional e internacional."

Assim, está clara e adequada a metodologia de caráter qualitativo, e no dizer da Pesquisadora, priorizando a realização de 12 entrevistas semi-estruturadas, com uso de um gravador, a serem realizadas com (7) sete com moradores e (5) cinco técnicos que residem e atuam nas áreas do entorno da Bacia do Tucunduba, respectivamente. Os entrevistados serão escolhidos conforme a acessibilidade e disponibilidade, objetivando relatos da situação de saneamento básico e sua relação com a saúde da população no decorrer

dos últimos anos. Quanto à pesquisa nos órgãos municipais e estaduais será realizada para identificação de marcos regulatórios (planos, leis, resoluções e normativas) referentes às políticas de saúde e saneamento. A coleta de dados secundários será realizada nesses órgãos públicos para levantamento das doenças diretamente relacionadas à veiculação hídrica no município de Belém/PA no período de 2000 a 2010. Entre esses órgãos destacam-se: a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e a Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). Em tese, os riscos são mínimos, só sendo possíveis na falha da realização do projeto quanto à forma da abordagem do sujeito da pesquisa, pois nos aspectos formais não vislumbramos riscos. Por outro lado os benefícios são visíveis dado que o conhecedor dessas áreas de risco tem absoluta certeza que a ação e detecção dos problemas ajudará a elevar a qualidade

Endereço: Rua Augusto Cordeiro nº 01-Sí do ICS 13 - 2ª and.
 Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepsocs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



de vida pela implementação das citadas políticas públicas que devem ser tomadas pelos poderes públicos. Está por isso, livre de maleficência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A PESQUISA TEM RELEVÂNCIA o tema é atual e há necessidade premente desta coletividade para a qual está voltada, daí poder se afirmar ser a mesma abrangida pela beneficência e equidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SM.J.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 27 de Março de 2013

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8020 E-mail: cepcos@ufpa.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: SAÚDE E SANEAMENTO: relação entre doenças causadas por veiculação hídrica e condições de saneamento no município de Belém/PA

Esclarecimentos da Pesquisa

Este projeto de pesquisa tem com objetivo principal analisar a relação entre saúde e saneamento a partir da incidência de doenças que têm como principal fonte de transmissão a veiculação hídrica no município de Belém/PA no período de 2000 a 2010, com ênfase nas áreas localizadas no entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba. Para a realização desse estudo é indispensável o relato dos moradores dessa área sobre os fatores de risco à proliferação de doenças causadas por veiculação hídrica e dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das ações específicas de controle e/ou erradicação dessas doenças. A entrevista possui um roteiro simples e de fácil compreensão, assume-se a responsabilidade de preservar a privacidade, confidencialidade e o sigilo acerca dos entrevistados e de informações prestadas, tendo os mesmos a plena liberdade de colaborar ou não para a realização deste estudo. O estudo visa contribuir para publicização das condições de moradia, infraestrutura e de saúde da população residente na área Riacho Doce/Pantanal localizada no entorno da Bacia Hidrográfica do Tucunduba em Belém/PA, como subsídio à formulação de políticas públicas e às estratégias de lutas dos movimentos sociais locais. A pesquisa será desenvolvida pela discente Milanca Mancabú, do Curso de Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Professora Dra. Maria Elvira Rocha de Sá. Os resultados da pesquisa subsidiarão futuramente a elaboração da dissertação de mestrado.

Milanca Mancabú

Milanca Mancabú
E-mail: mmilanca@hotmail.com
Telefone: (91) 82835752

Maria Elvira Rocha de Sá

Profa. Dra. Maria Elvira Rocha de Sá
E-mail: melvira@ufpa.br
Telefone: (91) 81394283

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) acerca do conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da referida pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, ___/___/___

Assinatura do Participante _____

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP-ICS/UFPA) – complexo de sala de aula –
sala 13- Campus universitário do Guamá. Tel. 3201-7735
Rua Augusto Correa n. 1 – Guamá - CEP- 66075-110 – Belém/Pará
E-mail: cepccs@ufpa.br/www.ufpa.br

APENDICE C – AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Autorização de Acesso a Arquivo

1. Identificação da instituição emissora da autorização:

Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA
CNPJ: 05.054.929/0001-17
Endereço: Rua Presidente Pernambuco, 489 – Bairro Batista Campos
Telefone: (91)4006-4307
Fax: (91)4006-4307
CEP: 66.015-200 – Belém – PA

2. Identificação da pesquisadora que terá autorização de acesso ao arquivo:

Nome completo	CPF
1) Milanca Mancabú	52811859268

3. Identificação da pesquisa:

Título do Projeto: SAÚDE E SANEAMENTO: relação entre doenças causadas por veiculação hídrica e condições de saneamento no município de Belém/PA

Curso: Mestrado em Serviço Social

Orientadora: Maria Elvira Rocha de Sá

Pesquisadora Responsável: Milanca Mancabú

Assunto pesquisado no arquivo: Levantamento de dados sobre as doenças causadas por veiculação hídrica (relacionadas à falta de saneamento básico) no município de Belém nos anos de 2000 a 2010.

4. Declaração:

Eu, **Maria Rosiana Cardoso Nobre**, Diretora de Vigilância em Saúde / SESPA, dou autorização de acesso ao nosso arquivo, à pesquisadora **Milanca Mancabú** nas seguintes condições:

- O uso das informações coletadas deverão respeitar os itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) e da Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93);
- O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade.

Belém, 20 de Novembro de 2012

Assinatura e carimbo

M^a Rosiana C. Nobre
Diretora de Vigilância em
Saúde/SESPA

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RIACHO DOCE**

Autorização de Entrevista com Agentes Comunitários da saúde - ACS

1. Identificação da instituição emissora da autorização:

Programa Saúde da Família do Riacho Doce
Endereço: Rua da Olaria, Qd. 1 – Guamá
Telefone: (91) 32695488
CEP- 66076-630
Belém – PA

2. Identificação da pesquisadora que terá autorização de entrevista com Agentes Comunitários da Saúde - ACS

Nome completo	CPF
1) Milanca Mancabú	52811859268

3. Identificação da pesquisa:

Título do Projeto: SAÚDE E SANEAMENTO: relação entre doenças causadas por veiculação hídrica e condições de saneamento no município de Belém/PA

Curso: Mestrado em Serviço Social

Orientadora: Maria Elvira Rocha de Sá

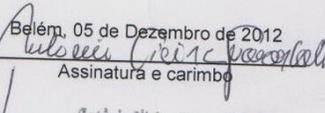
Pesquisadora Responsável: Milanca Mancabú

Assunto Tratado na Entrevista: Levantamento de informações sobre as doenças causadas por veiculação hídrica (relacionadas à falta de saneamento básico) no município de Belém nos anos de 2000 a 2010.

4. Declaração:

Eu Antônio Vieira Gomes Neto, médico responsável pela equipe II do Programa Saúde da Família do Riacho Doce, dou autorização de Entrevista com Agentes Comunitários da saúde – ACS do PSF/Riacho Doce, à pesquisadora **Milanca Mancabú** nas seguintes condições:

- O uso das informações coletadas deverão respeitar os itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) e da Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93);
- Preservar a privacidade, confidencialidade e o sigilo dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- Destinar os dados coletados somente para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam.

Belém, 05 de Dezembro de 2012

 Assinatura e carimbo

Antônio Vieira Soares Neto
 Clínica Médica
 Saúde da Família
 CRM 947

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MORADORES

1. Qual a sua concepção de moradia digna?
2. O que você entende sobre áreas com infraestrutura básica?
3. Qual a relação que você faz entre condições de saúde e condições de saneamento?
4. Quais são as condições de acesso à água que é consumida por aqueles que moram em sua casa?
5. Quais as doenças que acometem os moradores de sua casa que estão relacionadas às condições de saneamento? Em relação à água consumida e ao esgotamento sanitário existente?
6. Qual o tipo de abastecimento da água existente em sua casa?
7. Qual o tipo de esgotamento sanitário existente em sua casa?
8. Como é feita a coleta do lixo? Tem coleta do lixo regularmente? Qual a periodicidade da coleta? Como o lixo é acondicionado pelos moradores de sua casa para aguardar a coleta posterior?
9. Quais políticas públicas são prioritárias para garantir condições de moradia digna?
10. Como avaliam o Programa Saúde da Família? Com ênfase nas ações dos Agentes Comunitários de Saúde?
11. Quais as sugestões para melhor funcionamento destas ações públicas?
12. Quais as intervenções de infraestrutura (esgotamento sanitário, abastecimento de água, coleta de lixo, macro e microdrenagem) que ocorreram na área onde você mora que contribuíram para melhoria das suas condições de moradia?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES PÚBLICOS

1. Um dos fundamentos pilares do Programa Saúde da Família é a estratégia de implementação da atenção primária nos municípios, no qual as equipes de ACS devem trabalhar para promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes na sua área de abrangência. Gostaria de saber como tem sido a sua execução no Riacho Doce e Pantanal?
2. Qual a área de abrangência do Programa Saúde da família no município de Belém/PA? E no Riacho Doce e Pantanal? O Programa abrange todas as ocupações irregulares dessas áreas? Se não por quê?
3. No Programa as famílias são alvos de atenção básica no ambiente em que vivem, com que regularidade elas são visitadas? Que orientações são dadas para prevenção de doenças causadas por veiculação hídrica?
4. Quais as principais doenças observadas na sua área de atuação que estão relacionadas à falta de saneamento?
5. Dentro do Programa existem ações de prevenção de doenças relacionadas à falta de saneamento?
6. Outro fundamento do Programa a consideração dos fatores de risco que influenciam na saúde da população. Como se trabalha na eliminação de focos de doenças causadas por veiculação hídrica como dengue, esquistossomose, leptospirose, dentre outras?
7. Esse trabalho é feito em articulação com quais órgãos públicos (Secretaria Municipal de Saneamento – SESAN, Companhia de Saneamento do Estado do Pará – COSAMPA ou Ministério das Cidades)?