

LOGOS UNIVERSITY INTERNATIONAL
DEPARTAMENTO PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO INTERNACIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ANDREA SIMSEN SIQUEIRA

**SANEAMENTO BÁSICO, MEIO AMBIENTE E SAÚDE PÚBLICA: RELAÇÕES
EXISTENTES**

PARIS, FRANÇA

2024

LOGOS UNIVERSITY INTERNATIONAL
DEPARTAMENTO PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO INTERNACIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**SANEAMENTO BÁSICO, MEIO AMBIENTE E SAÚDE PÚBLICA: RELAÇÕES
EXISTENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Logos University International como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador Prof. Dra Carla Andreia Alves de Andrade

PARIS, FRANÇA

2024

Andrea Simsen Siqueira

Saneamento Básico, Meio Ambiente e Saúde Pública: relações existentes

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra Carla Andreia Alves de Andrade
Presidente da banca examinadora
Logos University International

Prof. Dr Wanderson Santos de Farias
Logos University International

Prof. Dra Meiriana Xavier Vila Nova
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Direção do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dra Carla Andreia Alves de Andrade
Orientadora

Paris, França

2024

RESUMO

A vulnerabilidade dos sujeitos a doenças causadas pela fragilidade no sistema de saneamento básico de localidades mais carentes revela as desigualdades no acesso a um atendimento qualitativo e abrangente ligado à promoção da saúde, configurando como problema da população em geral. A presente pesquisa tem o objetivo de investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT, dada a necessidade da manutenção de um meio ambiente equilibrado, com condições favoráveis à saúde e bem-estar da população. Para auxiliar na obtenção da resposta para a questão norteadora, foram elencados alguns questionamentos: No município de Santa Terezinha-MT, há políticas públicas voltadas para a ampliação e modernização do saneamento básico municipal, como estratégia para melhorar a qualidade de vida da população? As políticas públicas do município em relação à saúde e ao saneamento básico atendem às reais necessidades da população, garantindo assim, a qualidade de vida? Em relação às políticas públicas do Município de Santa Terezinha-MT, qual o cenário atual e as tendências para o futuro, quanto ao descarte de esgoto não tratado no meio ambiente? A pesquisa, ancorou-se em uma pesquisa bibliográfica, a partir de consultas em livros, dissertações, teses e artigos científicos, de autores que discutem sobre o assunto, como também em documentos oficiais do referido município, lócus da pesquisa. Os resultados comprovam que a ausência e ineficácia do saneamento básico em toda e qualquer localidade, impacta diretamente na saúde da população, tendo em vista a proliferação de doenças. Embora ambos os setores possuam ações de caráter preventivo, necessitam, evidentemente, de recursos financeiros que sejam aplicados na prevenção de doenças, com ênfase na sustentabilidade, para assim contribuir de maneira efetiva, no alcance dos objetivos e metas propostos.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Saneamento Básico. Políticas Públicas. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

The vulnerability of individuals to diseases caused by the fragility of the basic sanitation system in poorer areas reveals inequalities in access to qualitative and comprehensive care linked to health promotion, representing a problem for the general population. This research aims to investigate the direct and indirect relationships that exist between basic sanitation services and public health in the municipality of Santa Terezinha-MT, given the need to maintain a balanced environment, with conditions favorable to health and well-being of the population. To help obtain an answer to the guiding question, some questions were listed: In the municipality of Santa Terezinha-MT, are there public policies aimed at expanding and modernizing municipal basic sanitation, as a strategy to improve the population's quality of life? Do the municipality's public policies regarding health and basic sanitation meet the real needs of the population, thus guaranteeing quality of life? In relation to the public policies of the Municipality of Santa Terezinha-MT, what is the current scenario and trends for the future, regarding the disposal of untreated sewage into the environment? The research was anchored in a bibliographical research, based on consultations in books, dissertations, theses and scientific articles, by authors who discuss the subject, as well as in official documents from the aforementioned municipality, the locus of the research. The results prove that the absence and ineffectiveness of basic sanitation in any and all locations has a direct impact on the health of the population, given the proliferation of diseases. Although both sectors have preventive actions, they obviously need financial resources to be applied to disease prevention, with an emphasis on sustainability, in order to effectively contribute to achieving the proposed objectives and goals.

Keywords: Public Health. Basic sanitation. Public Policies. Prevention of diseases.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é o alicerce de minha fé e a Ele devo agradecer por todas as dádivas que me concedestes.

A toda minha família que sempre estão presentes em todos os momentos da minha vida.

A todos os meus professores e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para mais essa conquista.

A todos outros que possam ter colaborado comigo, obrigada!

O nível de saúde de uma população depende da ação de diversos setores que atuam na sociedade, sendo que o setor saúde é apenas um dentre eles. Se pretendermos alcançar melhores indicadores na área da saúde, precisaremos desenvolver uma ação integrada com os demais setores que executam políticas públicas.

(Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem-2002).

LISTA DE ABREVIATURAS

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE- Programa Saúde na Escola

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

MS- Ministério da Saúde

MT- Mato Grosso

CF- Constituição Federal

SEMA- Secretaria Especial de Meio ambiente

NEA- Núcleos de Educação Ambiental

PRONEA- Programa Nacional de Educação Ambiental

SIBEA- Sistema Brasileiro de Informação Sobre Educação Ambiental

ProNEA- Programa Nacional de Educação Ambiental

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

AIS - Ações Integradas de Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CEO- Centros de Especialidades Odontológicas

ETA - Estação de Tratamento de Água

DAE- Departamento de Água e Esgoto

UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso

PES - Planejamento Estratégico Situacional

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Ações relacionadas à infraestrutura para o setor da saúde

Tabela 2: Ações relacionadas à atuação dos Agentes de Saúde

Tabela 3: Ações relacionadas à atuação e formação dos profissionais da saúde

Tabela 4: Ações relacionadas à atuação da equipe multiprofissional

Tabela 5: Ações relacionadas às doenças endêmicas

Tabela 6: Ações relacionadas ao tratamento de doenças mentais

Tabela 7: Ações relacionadas à melhoria das condições de trabalho

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.4 HIPÓTESE	14
CAPITULO I	16
MEIO AMBIENTE, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	16
1- Contribuições do trabalho em saúde para a qualidade de vida	16
1.1- Doenças ocupacionais e sua relação com a qualidade de vida.....	20
1.2- Meio ambiente e saúde com ênfase no saneamento básico	22
1.3- Meio Ambiente e Sociedade	26
1.4- Um pouco sobre a Educação ambiental e bases legais	27
1.5- Saneamento básico e saúde pública: relações existentes	32
1.6- Saúde coletiva	35
1.7- Políticas públicas de saúde no Brasil	37
CAPITULO II	42
SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS FUNDAMENTAIS	42
2- O Sistema Único de Saúde	42
2.1- Funcionamento e princípios do SUS	42
2.2- Política de educação permanente em saúde	46
2.3- Direito social na Constituição Federal de 1988	47
2.4- Direito social avanços e obstáculos	50
CAPITULO III	51
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	51
3.1- Lócus da pesquisa: o Município de Santa Terezinha-MT	52
3.2- Análises dos dados	55

3.3- Riscos da pesquisa	55
3.4- Benefícios da Pesquisa	55
CAPITULO IV	57
4.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	57
4.1- O Plano Municipal de Saneamento Básico: Santa Terezinha-MT	57
4.2- O Plano Municipal de Saúde de Santa Terezinha-MT	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	88

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a educação em saúde é feita partindo de duas premissas, sendo elas a educação da população e a educação do trabalhador em saúde, cabendo ao segundo orientar e promover ações em prol da educação em saúde e conscientização da população. Desse modo, são implantados programas que visam materializar em forma de políticas públicas a educação em saúde que se faz tão necessária para a conquista de serviços de qualidade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Programa Saúde na Escola (PSE), por exemplo, foram pensados com a finalidade de promover a saúde partindo da ideia que a saúde deve ser realizada para e com a população, promovendo assim melhor qualidade no atendimento em saúde e a conscientização da população para adoção de um estilo de vida saudável.

Entretanto sabe-se que para o sucesso destas políticas públicas é primordial o preparo e qualificação dos profissionais da saúde. Nesse sentido destaca-se o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio (PROFAPS) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), os quais apontam diretrizes para a educação dos profissionais do Sistema Único de Saúde.

Nessa direção, é possível considerar que as condições ambientais é um dos princípios determinantes que norteiam a saúde, logo, o saneamento básico deve caminhar junto com ações do não descarte de dejetos no meio ambiente. De acordo com o Dicionário Aurélio a palavra sustentabilidade significa “Qualidade ou condição do que é sustentável”. Trata-se, portanto, de um conceito sistêmico, relacionado com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana.

Propõe-se a ser um meio de configurar a civilização e atividade humanas, de tal forma que a sociedade, os seus membros e as suas economias possam preencher as suas necessidades e expressar o seu maior potencial no presente, e ao mesmo tempo preservar a biodiversidade e os ecossistemas naturais, planejando e agindo de forma a atingir pró-eficiência na manutenção indefinida desses ideais.

Diante do exposto, a presente pesquisa tem o objetivo de investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico, o meio ambiente e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT. Espera-se, com este estudo, fortalecer as discussões acerca da Saúde Pública, o Saneamento Básico e Meio Ambiente como uma tríade essencial para o bem da humanidade.

1.1 - JUSTIFICATIVA

Os problemas ambientais vêm cada vez mais, afetando o equilíbrio da vida no planeta. Assim, iniciam uma trajetória de lutas fomentando o desenvolvimento de políticas voltadas para a formação da consciência ambiental tendo como finalidade a preservação do meio ambiente. Nesse contexto, inclui-se o saneamento básico, como um elemento que influencia de maneira significativa, na qualidade de vida da população, bem como no equilíbrio ambiental.

Destarte, faz-se necessário enfatizar que a escolha pelo tema se deve ao longo período da carreira profissional da pesquisadora na área da saúde pública, período este, em que foi possível vivenciar práticas de promoção à saúde, as quais possibilitaram compreender a urgência e importância, da política pública inerentes ao saneamento básico do município de Santa Terezinha-MT, afim de proporcionar melhor qualidade de vida para a população e auxiliar direta e indiretamente na saúde pública coletiva, bem como no equilíbrio ambiental.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1- Geral:

Investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT, dada a necessidade da manutenção de um meio ambiente equilibrado, com condições favoráveis à saúde e bem-estar da população.

1.2.2- Específicos:

- ✓ Contextualizar historicamente o saneamento no Brasil, de modo a compreender a sua importância para a qualidade de vida e saúde da população.
- ✓ Identificar as relações existentes entre o saneamento básico e saúde pública do município.
- ✓ Identificar a existência de políticas públicas e sua aplicabilidade, voltadas para a ampliação e modernização do saneamento básico municipal, como estratégia para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população do município.

1.3- PROBLEMA

A vulnerabilidade dos sujeitos a doenças causadas pela fragilidade no sistema de saneamento básico de localidades mais carentes revela as desigualdades no acesso a um atendimento qualitativo e abrangente ligado à promoção da saúde, configurando como problema da população em geral: homens, mulheres, adolescentes.

A precariedade dos serviços de saneamento básico impacta de maneira significativa na qualidade de vida e saúde da população. Assim, no âmbito das políticas públicas que visam a qualidade da saúde coletiva, é de fundamental importância discutir acerca do trabalho em saúde, com ênfase em práticas eficientes e eficazes.

De acordo com o Ministério da Saúde a Atenção Básica à Saúde, como o nome preconiza, deve ser o ponto de partida de um atendimento à Saúde Pública. Cabe a esse nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde e assisti-la de forma contínua e resolutiva.

Para auxiliar na obtenção da resposta para a questão norteadora, foram elencados alguns questionamentos:

- ✓ No município de Santa Terezinha-MT, há políticas públicas voltadas para a ampliação e modernização do saneamento básico municipal, como estratégia para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população?
- ✓ As políticas públicas do município em relação à saúde e ao saneamento básico atendem às reais necessidades da população, garantindo assim, a qualidade vida?
- ✓ A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Programa de Saúde da Família, desenvolve ações práticas em saúde que minimizem os impactos causados pela precariedade dos serviços de saneamento básico?
- ✓ Em relação às políticas públicas do Município de Santa Terezinha-MT, qual o cenário atual e as tendências para o futuro, quanto ao descarte de esgoto não tratado no meio ambiente?

1.4- HIPÓTESE DA INVESTIGAÇÃO

Muitos fatores influenciam a saúde e o bem-estar em uma comunidade, e muitas entidades e indivíduos na comunidade têm um papel a desempenhar na resposta às necessidades de saúde da comunidade. Há, portanto, a necessidade de uma estrutura dentro da qual uma comunidade possa adotar uma abordagem abrangente para manter e melhorar a saúde, como por exemplo, avaliando

suas necessidades de saúde, determinando seus recursos e obtendo acesso à qualidade de vida e saúde.

Considerando os objetivos desta pesquisa, a seguinte hipótese deve ser levada em consideração: A ausência de políticas públicas voltadas para a ampliação e modernização do saneamento básico, ou a oferta precária desses serviços impactam diretamente em problemas ambientais e de saúde coletiva. Tratam-se de direitos fundamentais e primordiais dos cidadãos e são, ao mesmo tempo, serviços básicos para a qualidade de vida. Grande e considerável parcela da população não tem acesso à água tratada, aos serviços de esgotamento sanitário e, também, não é atendida por coleta de lixo urbano.

CAPITULO I

MEIO AMBIENTE, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Este capítulo destina-se às discussões acerca das contribuições do trabalho em saúde para a qualidade de vida, relacionando às doenças ocupacionais. Trata também, sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, o meio ambiente com ênfase no saneamento básico, trazendo um pouco sobre a educação ambiental e suas bases legais.

1- CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO EM SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA

Os sistemas públicos de prestação de cuidados à saúde que trabalham para melhorar a qualidade de vida da população devem continuamente alinhar práticas que possam de fato, contribuir para o bem-estar das pessoas, incluindo orientações acerca dos cuidados à saúde.

Ao desenvolver um programa de melhoria da saúde, cada comunidade terá que considerar suas próprias circunstâncias particulares, incluindo fatores como preocupações com a saúde, recursos e capacidades, perspectivas sociais e políticas e necessidades conflitantes. Existem ações que uma comunidade deve tomar para tratar de seus problemas de saúde ou quem deve ser responsável por quê, mas acredita que as comunidades precisam abordar essas questões e que uma abordagem sistemática para melhoria da saúde que faça uso de ferramentas de monitoramento de desempenho irá ajudá-los a alcançar seus objetivos a partir de trabalho conjunto entre os profissionais da saúde e a comunidade (Osaki e Pustiglione, 2019).

O processo de trabalho é uma prática social destinada a um determinado objeto, que deve ser transformado em um produto, fazendo uso de instrumentos para atingir uma finalidade específica. Seus elementos básicos são: os agentes, os objetos, os instrumentos, a atividade e a finalidade. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar aptos a estabelecer prioridades e metas, avaliando, posteriormente, os resultados alcançados (Gleriano, et al. 2019).

O processo de trabalho em saúde é estruturado a partir dos seus agentes que possuem saberes e práticas já estruturadas e o controle sobre o objeto de sua ação. A qualidade de vida das pessoas é um resultado histórico e social. Porém, por outro lado, a qualidade de vida de um grupo é determinada pelo tempo de vida e trabalho de todos na sociedade. Portanto, em termos de seu trabalho, cada pessoa

desenvolve um sistema contraditório de forças opostas de processos favoráveis e destrutivos que impactam sua Qualidade de Vida (Osaki e Pustiglione, 2019).

Para Osaki e Pustiglione (2019, p. 4), a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito amplo no qual aspectos variados da vida estão envolvidos de forma complexa, tais como saúde física, estado psicológico, nível de independência, crenças pessoais e suas relações com o meio em que vive (Osaki e Pustiglione, 2019).

Diante do exposto, pode se afirmar que são as preocupações vivenciadas no dia- a- dia do trabalho, bem como conflitos e outros problemas que motivam a busca de conhecimentos para as respostas aos problemas de qualidade de vida e saúde da população. Assim é importante ampliar o conhecimento a respeito do trabalho, desvendando os avanços, limites e contradições, para que desse modo, todos possam ser inseridos no processo de melhoria da qualidade de vida e saúde pública no país.

Um grande desafio que se mostra, com tudo que já levantamos até aqui, é o de conceituar o que é qualidade de vida, por se tratar principalmente de um termo amplo e de várias dimensões que abarca diversos aspectos da vida de um indivíduo, que faz parte de todo um contexto de sociedade, que como já colocamos anteriormente, vivem numa sociedade capitalista, em que erroneamente você é definido pelos seus bens materiais. A qualidade de vida é sinônimo da reflexão do bem-estar físico, mental, emocional, social e espiritual, pode ser definido como uma medida subjetiva, ou seja, algo pessoal que avalia a satisfação e alegria de sua vida como um todo, considerando os aspectos já discutidos.

O conceito qualidade de vida (QV) é um termo utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde. (Seidl e Zannon, 2004, p. 580).

Seidl e Zannon reafirmam na citação acima que a qualidade de vida é muito utilizado e separa em dois caminhos, no primeiro exemplifica profissionais que são mais afetados por doenças ocupacionais ou que pelo menos são mais atingidos pela ausência em qualidade de vida e no outro destaca os profissionais voltados a área da saúde, que trabalham com carga horárias extensas e por diversas horas de plantão ou extra, o que determina o que os autores já evidenciam.

Ainda de acordo com Seidl e Zannon (2004, p.580) “Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas”. Partindo para o âmbito físico, a qualidade de vida é sempre relacionada à saúde e ao bem-estar do corpo, alguns fatores podem contribuir para a falta dela, como por exemplo, prática regular de atividades físicas, alimentação equilibrada.

A análise de como a qualidade de vida ou a falta dela pode impactar o nosso dia a dia, deve-se considerar os aspectos sociais e econômicos, o primeiro no que tange as relações e o segundo na necessidade de submeter a trabalhos exaustivos que impactam diretamente na qualidade de vida, além disso, outro fator importante é a saúde mental e emocional. O equilíbrio emocional, parte da capacidade de lidar com o estresse e as emoções de forma saudável e a importância de relacionamentos interpessoais positivos são relevantes no contexto de se manter uma qualidade de vida.

A qualidade de vida está ligada diretamente ao contexto social. O sentimento de pertencimento a uma comunidade, a presença de redes de apoio social, o respeito aos seus direitos e garantias, sejam trabalhistas ou direitos civis e sua participação ativa na sociedade e na comunidade que está inserido são fatores que influenciam de forma positiva a qualidade de vida. A inclusão social, aliada a igualdade de oportunidade e o combate à discriminação são fatores relevantes nesse sentido. Não existe uma data específica do surgimento das discussões sobre a qualidade de vida, há estudiosos que mensuram a partir da década de 90, mas outros afirmam ter sido antes. Quanto a subjetividade da qualidade de vida.

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (Seidl e Zannon, 2004, p. 582).

Os aspectos relevantes que Seidl e Zannon nos infere na citação acima é o da subjetividade e da multidimensionalidade, ou seja, é algo intrínseco ao ser humano no primeiro aspecto, tendo em vista da sua definição individual de qualidade de vida, para que assim perceba se existe ou não. Quanto a multidimensionalidade, faz referência aos diversos aspectos já suscitados no texto que envolvem, desde os sociais até emocionais, alguns estudiosos inferem ainda que QV só pode ser avaliada e definida pela própria pessoa.

Vale ressaltar que a qualidade de vida é subjetiva e varia de pessoa a pessoa, o que é considerado uma boa qualidade de vida para um indivíduo pode ser diferente para outro e depende de vários fatores sejam externos ou internos, como as condições econômicas, acesso aos serviços de saúde e saneamento básico, educação, meio ambiente, moradia e segurança, ou seja, os aspectos sociais se mostram relevantes quando tratamos de qualidade de vida, principalmente quando temos como comparação as divergências sociais do nosso país.

Já a multidimensionalidade (Seidl e Zannon, 2004, p. 583) “O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões.” Para alguns, por exemplo, a dimensão religiosa e espiritual é relevante quando se trata da qualidade de vida. É através da religião e espiritualidade que as pessoas buscam um propósito, os valores pessoais, éticos podem oferecer de determinada forma um senso de significado e até mesmo pertencimento.

Existem ainda outras duas tendências que se referem a qualidade de vida, o conceito genérico e o conceito relacionado à área da saúde. O primeiro discutido por vários profissionais do mercado de trabalho, que em suas rotinas laborais enfrentam os desafios de manter uma saúde mental e uma qualidade de vida estável. Quanto a tendência relacionada a saúde busca-se a compreensão do controle dos sintomas que causam prejuízo diretamente na saúde, além de alguns autores considerarem a qualidade de vida como sinônimo de saúde. Alguns estudos indicaram o que seriam validados para uma boa qualidade de vida.

É importante salientar que muitos estudos se limitam exclusivamente a descrição de indicadores sem fazer relações diretas com a qualidade de vida, ou seja, tomam características como escolaridade, ausência dos sintomas das doenças, condições de moradia unicamente como indicadores de qualidade de vida sem investigar o objetivo disso para as pessoas envolvidas (Pereira, Teixeira e Santos, 2012, p. 242).

Para Pereira, Teixeira e Santos a qualidade de vida é definida a partir dos aspectos sociais, como enfatizados na citação acima, além de alguns proporcionarem mudanças relacionadas ao poder de aquisição e a ascensão através dos estudos, por exemplo. Envolve ainda, uma série de fatores que influenciam com certeza o modo como vivemos e nos sentimos.

Referente a saúde, ela desempenha um papel crucial na qualidade de vida, abrangendo não apenas a ausência de doenças, mas também a capacidade de desfrutar da vida sem limitações. Além disso, a possibilidade de ter acesso a cuidados médicos adequados, alimentação balanceada e prática regular de atividades físicas são elementos importantes quando nos referimos a qualidade de vida.

Pereira, Teixeira e Santos (2012, p. 242) reafirmam “A abordagem socioeconômica tem os indicadores sociais como principal elemento. ” Ou seja, para além disso, a qualidade de vida está ligada à realização pessoal e profissional, é intrínseco ao ser humano ter objetivos de vida evidentes, e com um trabalho gratificante e oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal contribui para um senso de propósito e contentamento, contribuindo para que se alcance uma qualidade de vida.

Outro fator preponderante para a qualidade de vida, é o ambiente em que vivemos. Ter acesso a um ambiente limpo e seguro, com recursos de saneamento básico e água potável impacta diretamente na saúde e também na qualidade de vida, outro exemplo é a questão de moradia que é pauta de diversos grupos políticos, que também garantem a sensação de pertencimento e dignidade.

1.1- Doenças ocupacionais e sua relação com a qualidade de vida

Vivemos em uma sociedade capitalista em que os bens materiais se mostram cada vez necessários para que se imponha as outras pessoas, que ali está representado uma carreira profissional bem-sucedida. Mas alguns fatores nos influenciam de alguma forma no que diz respeito a saúde. Uma carga horária extensa, estresse, rotina e atividades repetitivas podem desencadear além de doenças físicas, como o esgotamento e o cansaço, como também as doenças psicológicas, que podem desenvolver, por exemplo a síndrome de Burnout (Seidl e Zannon 2004).

As doenças ocupacionais representam um problema de saúde no mundo todo, afeta milhões de trabalhadores no mundo. As doenças ocupacionais são condições de saúde relacionadas diretamente com o ambiente de trabalho e as atividades realizadas, podendo ser causadas por diversos fatores que vamos discutir no decorrer deste texto.

As doenças ocupacionais podem se dividir em duas maneiras, as doenças físicas, como: ergonomia, que se caracteriza principalmente pelo uso inadequado de moveis e equipamentos que resulta em problemas musculoesqueléticos, como por exemplo as dores nas costas. O contato constante com telas, como computadores, celulares e outros também oferecem diversos riscos, o contato a luz azul, que são emitidas por esses equipamentos, além de prejudicial causa cansaço (Osaki, Pustiglione 2019).

Além disso, dependendo da função laboral, existe a possibilidade de exposição a substancias toxicas no ambiente de trabalho, como é o caso das indústrias químicas, construção civil e agrícola pode sofrer exposição a produtos químicos que podem resultar em doenças respiratórias, câncer ou outros problemas de saúde (Pereira; Teixeira; Santos 2012).

A outra maneira em que as doenças ocupacionais podem se apresentar é de forma psicológica, o estresse ocupacional, por exemplo, é outra causa comum dessas doenças, resultante de pressões constantes no trabalho, prazos apertados e demandas excessivas podem levar a distúrbios, como: ansiedade, depressão e esgotamento profissional. Um agravante dessas condições é a síndrome de burnout, que é o resultado da exaustão física e emocional e a baixa realização profissional.

Um dos casos mais emblemáticos do nosso país, que desencadeou uma série de debates sobre o tema foi da jornalista da TV Globo, na época, que trabalhava no telejornal “Hora um”, primeiro jornal a ser veiculado ainda pela madrugada na emissora, com exibição em rede nacional a partir das 04h da madrugada, mas a jornada da jornalista se estendia ainda a participações no Bom dia São Paulo e Bom dia Brasil, telejornais logo em sequência, até que em 2018 a jornalista teve um “apagão” durante a previsão do tempo e posteriormente diagnosticada com a Síndrome de Burnout. O início dos estudos, no veio a se definir como Síndrome de Burnout, surgiu na década de 1970, ela foi reconhecida como doença ocupacional em 1999. Como vemos,

O Ministério da Saúde (2002) define a síndrome de burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no ambiente de trabalho e a incluiu na relação de doenças ocupacionais, classificando-a como um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho, por meio do Código Internacional de Doenças, código Z73.0 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000) (Cardoso, Batista, Sousa e Júnior, 2017, p. 122).

Alguns dos principais aspectos relacionados ao desenvolvimento da síndrome de burnout, que configura que o profissional está em uma situação de vulnerabilidade, é o ritmo acentuado de trabalho, ou seja, isso gera uma sobrecarga, além de metas inatingíveis, condições de trabalhos inadequadas, baixo reconhecimento profissional, cobranças por produtividade, conflitos interpessoais ou até mesmo o receio de perder o emprego, o que pode derivar outras doenças, como desenvolvimento de ansiedade e depressão.

Em 2020 foi divulgado pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho os dados de doenças ocupacionais, o órgão identificou com a pesquisa de que em 2019 era um total de 10.034 registros e teve um aumento de quase 235%, ou seja, 33.575 casos, nota-se o aumento gradativo das doenças ocupacionais. Vale ressaltar que a prevenção ao esgotamento físico e mental previne as doenças ocupacionais. Uma possibilidade é de que as empresas devem adotar medidas de segurança no trabalho, fornecer treinamento adequado aos funcionários e promover uma cultura de saúde e bem-estar no local de trabalho (Osaki, Pustiglione 2019).

Por outro lado, os trabalhadores devem estar cientes dos riscos associados à sua função, seguir as práticas de segurança recomendadas e fazer acompanhamento médico assim que surgir os primeiros sintomas de uma doença ocupacional, a prevenção e o cuidado a partir do surgimento dos primeiros sintomas, possibilita a tomada de decisão e a mudança nos procedimentos de segurança no trabalho (Osaki, Pustiglione 2019).

Com o advento e estudo das doenças ocupacionais, discute-se ainda a necessidade de estabelecer concomitantemente ao trabalho uma qualidade de vida para que tais doenças e problemas não venham a ocorrer e que possa conciliar o trabalho com a possibilidade de momentos prazerosos de qualidade de vida.

1.2- Meio ambiente e saúde com ênfase no saneamento básico

A evolução histórica acerca das questões ambientais tem repercussões desde os tempos remotos, quando o homem desenvolveu uma relação direta e estreita com os recursos existentes na natureza, fonte de sua sobrevivência. As questões ambientais são complexas uma vez que envolvem demandas políticas, econômicas, sociais e culturais. Contudo ao longo dos anos a consciência ambiental tem se expressado de forma positiva, considerando os diferentes problemas enfrentados pela sociedade desde o século XIX (Fadanni, Massola 2010).

A sociedade contemporânea tem vivenciado uma série de problemas que envolvem o seu modo de se relacionar com a natureza no processo de produção e reprodução do espaço geográfico, haja vista que a questão ambiental atual exige um novo paradigma, onde o homem e a natureza façam parte do mesmo processo. Pensar em educação ambiental é sem dúvida revelar as relações existentes entre as questões econômicas, políticas e ecológicas do mundo contemporâneo, no qual as tomadas de decisões e comportamentos adversos de alguns países podem ter consequência de alcance global.

Essas práticas certamente se efetivarão por meio de ações preventivas, educativas, culturais, de defesa de direitos humanos, do trabalho e do meio ambiente, de busca da justiça social e do apoio ao combate à ilegalidade. Fadanni e Massola, (2003, p.21) sinalizam que os problemas ambientais causados pelo o homem, vive um momento histórico marcado por uma crise ambiental sem precedentes na história da humanidade, com o desenvolvimento da era industrial.

O Meio Ambiente vem sendo modificado e agredido por processos naturais e pela ação antrópica desde os primórdios da existência humana, pois áreas sem vegetação, ou que esta é escassa,

não é uma característica da criação primordial. Os desertos, as restingas¹ e outras vegetações secundárias, são obras da ação incessante do homem sobre as mesmas. Com a evolução da humanidade, começa o impacto negativo entre homem e a natureza, o aumento descontrolado da população mundial e o avanço da revolução industrial trouxeram a elevada exploração dos recursos naturais e o uso inadequado destes recursos. O solo sofre com o acúmulo de lixo, desmatamentos, a água e o ar com a poluição por produtos químicos e tóxicos. O acelerado crescimento industrial e tecnológico trouxe também, os primeiros grandes impactos da Revolução Industrial, ou os primeiros sintomas da crise ambiental, que surgiram na década de 50. Em 1952, o “*smog*”, poluição atmosférica de origem industrial, provocou muitas mortes em Londres (Marcatto, 2002, p.24).

Apesar de os problemas ambientais serem evidenciados com mais intensidade na época da Revolução Industrial as preocupações com as questões ambientais já permeavam as reflexões de pensadores e naturalistas um século antes deste período, pois em 1889, o escocês Patrick Geddes (1854-1933), considerado o pai fundador da educação ambiental, já argumentava que “uma criança em contato com a realidade de seu ambiente não só aprenderia melhor, mas também desenvolveria atitudes criativas em relação ao mundo em sua volta”. (Insight into environment in: Dias, 2000, p.29).

Diante dessas discussões acerca do meio ambiente, há que se destacar o saneamento básico, o qual tem um forte componente cultural e educacional, e sua ausência ou falta de qualidade impacta diretamente no bem-estar social. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o saneamento trata do controle dos fatores ambientais das espécies que prejudicam ou possam prejudicar o bem-estar, e o que faz determinado lugar melhorar a qualidade de vida e a saúde da população.

Um fator que compromete os recursos naturais é a contaminação dos mananciais, o que causa um efeito cumulativo, aumentando os custos de tratamento, e onde não há tratamento, aumenta a incidência de doenças relacionadas. É necessário melhorar a drenagem urbana de maneira ambientalmente adequada, para que a contaminação da captação de água diminua e para que haja economia no tratamento de água, além de todos os seus efeitos benéficos (Fadanni, Massola 2010).

A limpeza pública, a reutilização, reciclagem, tratamento e destinação final ambientalmente adequada, drenagem pluvial e controle de vetores de doenças transmissíveis, também são ações de

¹ Restinga é um ecossistema, próximo ao mar, formado por um banco de areia. As restingas possuem vegetação adaptadas para o local, sendo composta, principalmente, por plantas arbustivas e herbáceas. As restingas são formadas por depósitos de sedimentos e areia e, geralmente, possuem formato alongado (bloqueiam uma reentrância do mar). Algumas restingas são formadas nos deltas de rios, através do acúmulo de sedimentos trazidos pelas águas fluviais. Disponível em: https://www.suapesquisa.com/geografia_do_brasil/restinga.htm.

saneamento básico. A qualidade do saneamento básico interfere diretamente na saúde pública, mas não é um fator que deve agir isolado, pois a educação por meio de programas de saúde e educação ambiental amplia a proteção das comunidades.

Neste cenário, pode-se afirmar que a evolução histórica acerca das questões ambientais tem repercussões desde os tempos remotos, quando o homem desenvolveu uma relação direta e estreita com os recursos existentes na natureza, fonte de sua sobrevivência. As questões ambientais são complexas uma vez que envolvem demandas políticas, econômicas, sociais e culturais. Contudo ao longo dos anos a consciência ambiental tem se expressado de forma positiva, considerando os diferentes problemas enfrentados pela sociedade desde o século XIX (Milaré 2011).

A sociedade contemporânea tem vivenciado uma série de problemas que envolvem o seu modo de se relacionar com a natureza no processo de produção e reprodução do espaço geográfico, haja vista que a questão ambiental atual exige um novo paradigma, onde o homem e a natureza façam parte do mesmo processo. Pensar em educação ambiental é sem dúvida revelar as relações existentes entre as questões econômicas, políticas e ecológicas do mundo contemporâneo, no qual as tomadas de decisões e comportamentos adversos de alguns países podem ter consequência de alcance global.

Fadanni e Massola, (2003, p.21) sinalizam que os problemas ambientais causados pelo o homem, vive um momento histórico marcado por uma crise ambiental sem precedentes na história da humanidade, com o desenvolvimento da era industrial. A proteção ambiental tem sido tema de grande preocupação entre países, incentivando o interesse em restaurar e preservar a natureza, considerando que os desastres ecológicos se tornam frequentes. Assim a educação ambiental apresenta-se como instrumento eficaz de conscientização e respeito do homem para com o meio em que vive.

O meio ambiente equilibrado e adequado à sadia qualidade de vida é um direito constitucional. Partindo deste pressuposto, é imprescindível pensar sobre o lixo e sua utilização, tratamento e compostagem, tendo em vista que este pode ser considerado um dos grandes problemas ambientais e de saúde da atualidade, já que o ser humano tem produzido cada vez mais lixo.

De acordo com o Dicionário Aurélio a palavra sustentabilidade significa “Qualidade ou condição do que é sustentável”. Trata-se, portanto, é um conceito sistêmico, relacionado com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana. No contexto desta definição é possível considerar que no âmbito do desenvolvimento sustentável muitas empresas não incorporam a sustentabilidade em seu planejamento estratégico.

É imprescindível considerar que a sociedade, os seus membros e as suas economias devem preencher as suas necessidades e expressar o seu maior potencial no presente, e ao mesmo tempo

preservar a biodiversidade e os ecossistemas naturais, planejando e agindo de forma a atingir pró-eficiência na manutenção indefinida desses ideais.

O termo desenvolvimento sustentável foi apresentado no Relatório Nosso Futuro Comum, de 1987, tendo como diretriz a ideia de um desenvolvimento que atenda às necessidades das gerações presentes sem comprometer a habilidade das gerações futuras de suprirem suas próprias necessidades. O desenvolvimento sustentável é concebido na interação entre três pilares: o pilar social, o pilar econômico e o pilar ambiental (Brasil, 1988, p. 6).

Ainda de acordo com Brasil (1988), a educação para a sustentabilidade tem sido incorporada na estrutura dos currículos formais de um modo geral como forma de estimular a sociedade a refletir sobre as consequências e os desafios dessa prática. É evidente que a tarefa é complexa e envolve os mais diferentes campos de conhecimento.

Nos últimos anos, observa-se, tanto no cenário internacional quanto no nacional, um significativo aumento do número de cursos relacionados ao tema de sustentabilidade. No caso brasileiro, os números disponíveis no Ministério da Educação e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (MEC/INEP) (2010) atestam a velocidade e a variedade de cursos que surgiram no país em apenas dez anos. (Demajorovic e Silva, 2012, p. 41).

Desse modo, o crescimento desses cursos, demanda o comprometimento de todos, uma vez que se trata de um aspecto positivo no contexto dos desafios que envolvem o planeta. É evidente que as propostas de ensino na perspectiva interdisciplinar colaboram com a formação de profissionais orientados para a sustentabilidade.

Demajorovic e Silva (2012) argumenta que o processo de racionalização da sociedade industrial contribuiu para que ciência, tecnologia e pesquisa se integrassem de forma a assegurar um único objetivo: promover continuamente o aumento da produtividade. Se, de um lado, isso significou uma radical mudança em produtos e processos, o que concorreu para a ascensão da produção em massa e da sociedade do consumo, de outro, uma série de impactos socioambientais foram relegados, contribuindo para a emergência das diversas situações de risco inerentes à sociedade contemporânea.

O Desenvolvimento Sustentável tem sido tema de constantes debates empresariais, políticos e acadêmicos. Tendo em vista o crescimento da consciência ambiental nos últimos tempos ficou visível a inserção dessa temática nos parâmetros de ação dos governos, bem como a criação de revistas, formação de alto nível, produções acadêmicas, e outros.

É nesse contexto que Nascimento, Amazonas e Vilhena (2013) citam:

O surgimento da proposta do Desenvolvimento Sustentável (DS), ainda nos anos 80, ocupando o lugar de sua antecessora, o Ecodesenvolvimento, embora mantendo suas três dimensões estruturais: econômica, social e ambiental. Essa formulação supõe que o Desenvolvimento Sustentável possa ser implantado na medida em que existam: ecoeficiência econômica, equidade social e conservação ambiental (Nascimento, Amazonas e Vilhena, 2013, p. 668).

São inúmeros os fatores que interferem no DS, como o uso desordenado dos combustíveis fósseis, a coleta dos dejetos humanos bem como a sua destinação, além da perda da qualidade e a escassez dos recursos hídricos, dentre outros. Trata-se, portanto de um debate que não se cala, diante de tantas irregularidades presentes no espaço ambiental.

Nascimento, Amazonas e Vilhena (2013) sinalizam ainda a necessidade do monitoramento do meio ambiente e a busca de soluções práticas: desmaterialização produtiva, energia renovável, economia verde, reciclagem e reuso de materiais, prolongamento do ciclo de vida dos produtos e descarbonização da economia. Destarte, o DS representa um elemento balizador das mais diferentes agendas e caracteriza-se pela preservação de valores e ações conscientes de cada indivíduo, de modo que este possa agir em favor da garantia de um ambiente natural capaz de dar sustentação à sobrevivência humana.

1.3- Meio Ambiente e Sociedade

Na questão ambiental, a velocidade na produção e o alto consumo das famílias modernas, contrastam com certo desinteresse e lentidão com os quais a sociedade age para solucionar os problemas ambientais que ocorrem na maior parte do planeta, o meio ambiente como um sistema complexo, necessita de conservação de seus usuários, para que possa manter o equilíbrio garantindo a sobrevivência dos indivíduos que o compõem (Sorrentino et al, 2005).

O Meio ambiente é ao mesmo tempo um meio e um sistema de relações, onde a existência e a conservação de uma espécie estão subordinadas aos equilíbrios entre os processos destruidores e os processos do seu meio. O equilíbrio estabelecido entre a sociedade e a natureza vem deixando de existir cada vez mais, com a modernidade e as descobertas de novas tecnologias na linha de produção, o número de produtos é cada vez maior sendo necessário que o homem seja consciente de suas ações, aprendendo a reutilizar, preservar, a fim de garantir a sobrevivência das gerações futuras nesse

planeta, que cada vez mais vai se degradando pela ação humana, com o crescimento populacional e a produção acirrada de alimentos e bens de consumo, produzindo uma grande quantidade de lixo.

A Lei 12.305/10, disciplina que a obrigação é de todos os brasileiros, prevê também um tratamento para os resíduos sólidos produzidos no Brasil, ou seja, responsabilidade compartilhada, não sendo apenas do Estado, a lei garante que o recolhimento e tratamento final dos resíduos sólidos passam a ser de todos (Milaré, 2011, p.17).

De acordo com tal lei a preservação do meio ambiente é uma obrigação de todos os indivíduos que compõem esse sistema, como também esclarece que o tratamento e o recolhimento de uma forma seletiva dos resíduos sólidos é obrigação de todos, por isso da responsabilidade compartilhada.

O dever de cuidar do meio ambiente é um ato de cidadania, o supracitado no Art. 1º, II da Constituição Federal de 1988. Assim, estes deveres atribuídos aos cidadãos são pessoais, ou seja, é um cuidado próprio, no qual se trata da existência humana, sem contar que é um direito fundamental. O Art. 225 da Constituição Federal- CF/88 no que trata a Educação Ambiental assevera que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial a sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para às presentes e futuras gerações.

Com a expressão do artigo acima é nítido que não cabe somente ao Estado à defesa do meio ambiente, mas também à população como um todo, por se tratar de um bem essencial à vida. Refere-se ao ar que respiramos a água que bebemos, além de se tratar da dignidade do ser humano, uma vez que, sem o Meio Ambiente saudável que proporcione uma sadia qualidade de vida, não se pode falar em dignidade humana, já que seu bem principal está sendo violado. E um dos maiores contribuintes para toda essa problemática chama-se “lixo urbano”, por isso, é de grande importância a compostagem e reciclagem de todos os resíduos sólidos produzidos pelos seres humanos.

1.4- Um pouco sobre a Educação ambiental e bases legais

Tendo em vista a temática dessa pesquisa, considera-se importante a realização de uma breve abordagem acerca da educação ambiental, dada a sua relevância no contexto da garantia da saúde e qualidade de vida da população. A educação ambiental insere-se nas políticas públicas seguindo o princípio das orientações do MMA- Ministério do Meio Ambiente, por intermédio de programas que vislumbram o envolvimento de toda a população brasileira. São vários os programas que se destacam.

A evolução histórica acerca das questões ambientais tem repercussões desde os tempos remotos, quando o homem desenvolveu uma relação direta e estreita com os recursos existentes na natureza, fonte de sua sobrevivência. As questões ambientais são complexas uma vez que envolvem demandas políticas, econômicas, sociais e culturais. Contudo ao longo dos anos a consciência ambiental tem se expressado de forma positiva, considerando os diferentes problemas enfrentados pela sociedade desde o século XIX (Nascimento, 2013).

A sociedade contemporânea tem vivenciado uma série de problemas que envolvem o seu modo de se relacionar com a natureza no processo de produção e reprodução do espaço geográfico, haja vista que a questão ambiental atual exige um novo paradigma, onde o homem e a natureza façam parte do mesmo processo

As questões ambientais tem sido foco de inúmeras discussões além de ocupar posição de destaque nos meios de comunicação e movimentos em defesa do meio ambiente. É comum ouvir pessoas afirmando que a participação individual é insignificante diante de tantos problemas que afligem a natureza e conseqüentemente o ser humano. No entanto, há que se pensar que na prática, essa ação individual influi de forma expressiva em toda a dimensão do planeta (Nascimento, 2013).

Pensar em educação ambiental é sem dúvida revelar as relações existentes entre as questões econômicas, políticas e ecológicas do mundo contemporâneo, no qual as tomadas de decisões e comportamentos adversos de alguns países podem ter consequência de alcance global. Essas práticas certamente se efetivarão por meio de ações preventivas, educativas, culturais, artísticas, esportivas e assistenciais, de defesa de direitos humanos, do trabalho e do meio ambiente, de busca da justiça social e do apoio ao combate à ilegalidade. Os problemas ambientais causados pelo o homem, vive um momento histórico marcado por uma crise ambiental sem precedentes na história da humanidade, com o desenvolvimento da era industrial (Dias, 2000).

No Brasil, o processo de institucionalização da educação ambiental aparece desde 1973, como atribuição da primeira Secretaria Especial de Meio ambiente (SEMA), vinculada ao Ministério do Interior, sendo o primeiro órgão brasileiro de ação nacional voltado para a gestão do meio ambiente. A extinta SEMA deu início a projetos de Educação Ambiental, voltados para a inserção de temas relativos ao meio ambiente nos currículos dos antigos 1º e 2º graus, começando em 1977, ação integrada frente às questões ambientais abrindo espaços para inserir as disciplinas relacionadas ao meio ambiente nos cursos de engenharia e cursos da área ambiental em várias universidades do Brasil (Dias, 2000).

Como se pode observar a educação ambiental no Brasil ganha espaço principalmente nas décadas de 80 e 90, com o avanço da consciência ambiental e a criação de políticas públicas. Em 1981 é Instituída a Política Nacional de Meio Ambiente (PNMA), e consolidado o Sistema Nacional do Meio Ambiente, Fortalecimento dos órgãos estaduais de meio ambiente estabelecendo a necessidade da inclusão da Educação Ambiental em todas as modalidades de ensino. Em 1987 foi aprovado o Parecer 226/87 que considerava a Inclusão da Educação Ambiental para que se formalizasse a interdisciplinaridade dentro dos conteúdos a serem desenvolvidos nas propostas curriculares das escolas de 1º e 2º graus (Dias, 2000, p. 44).

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal e o capítulo VI refere-se ao Meio Ambiente. O artigo 225, trata da Educação Ambiental como matéria obrigatória em todos os níveis de ensino escolar, inclusive para a comunidade (Luiz, 2009 p. 31-32).

Em 1991 o Ministério da Educação – MEC cria a portaria nº 678, que trata do caráter interdisciplinar em todos os sistemas de ensino em todas as instancias, níveis e modalidades os temas que são conteúdos referentes à Educação Ambiental. Em 1992 é criado pelo IBAMA Núcleos de Educação Ambiental (NEA) que teria os mesmos pressupostos que a UNESCO teria sugerido.

Em 1993 é criada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, (LDB - a chamada lei Darcy Ribeiro). A educação ambiental passa ter caráter obrigatório e interdisciplinar nas escolas em geral. Em 1994 houve a criação do Programa Nacional de Educação Ambiental (PRONEA), com o objetivo de capacitar o sistema de educação formal e não formal voltados para a proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais. Este programa estabelecia a capacitação de gestores e educadores, bem como o desenvolvimento de ações educativas e de metodologias adequadas. As linhas de ação do PRONEA em 1996 juntamente com o MEC elaboram a proposta dos “Parâmetros Curriculares Nacionais” que trata a educação ambiental como um tema transversal nos currículos do ensino fundamental (Dias, 2000).

Em abril de 1999, foi aprovada a lei 9.795, que dispõe sobre a política Nacional de educação ambiental. 2001 surge à necessidade da implementação do Programa Parâmetros em Ação, para que se institucionalizem de vez os PCNs na educação brasileira. O tema meio ambiente na escola, instituída pelo MEC visava uma Educação Ambiental mais voltada para prática, ou seja, percebeu-se que somente o ensino teórico não seria suficiente para a obtenção de resultados satisfatórios, em que o educando seria agente no processo educativo. Neste contexto Paulo Freire argumenta que:

O que nos parece indiscutível é que, se pretendemos a libertação dos homens não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização

em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo (Freire, 1988, p.67).

As políticas de implementação e melhoria na Educação continuaram, de forma que em 2002 houve a promulgação da Lei nº 9795/2002, que através do decreto nº 4281, regulamentou-se a Política Nacional de Educação Ambiental. Aconteceu também o lançamento do Sistema Brasileiro de Informação Sobre Educação Ambiental e Práticas sustentáveis (SIBEA). Em agosto / setembro também de 2002 realizou-se em Johannesburgo, África do Sul, o Encontro da Terra, também denominado Rio+10, pois teve a finalidade de avaliar as decisões tomadas na Conferência do Rio em 1992. (Marcatto, 2002, p.29). São políticas públicas que o mundo aplaudiu e que estão sendo postas em prática.

A Educação Ambiental constitui um instrumento que traz normas e conhecimentos básicos que podem ser trabalhados no cotidiano de forma geral e em todas as áreas, e tem como objetivo sensibilização das pessoas para que elas possam repensar suas ações e atitudes que levam a poluição do planeta. Para que haja melhor resultado para a preservação do meio ambiente e preciso mudança de valores moral e social ou seja assumindo compromissos com responsabilidade.

Segundo Loureiro, 2009:

Educação ambiental é uma prática que dialoga com a questão ambiental. E no senso comum, essa educação visa a mudança de valores, atitudes e comportamento para o estabelecimento de uma outra relação entre o ser humano e a natureza, que deixe de ser instrumental e utilitarista, para se tornar harmoniosa e respeitadora dos limites ecológicos [...] (Loureiro, et al, 2009, p. 25-26).

Sorrentino (2005) cita alguns programas e projetos voltados aos municípios e suas articulações regionais, como os consórcios e comitês de bacia hidrográfica destinados ao envolvimento de cada um dos moradores da região que precisam e podem ser potencializados nas suas lutas cotidianas.

No âmbito das discussões acerca da Educação Ambiental como política pública são vários os documentos criados para fortalecer as práticas que envolvem esse tema. Dentre esses documentos, destaca-se o ProNEA- Programa Nacional de Educação Ambiental que consiste em um Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global.

O referido Programa apresenta as diretrizes, os princípios e a missão que orientam as ações propostas e resultou de um processo de Consulta Pública, realizado em setembro e outubro de 2004, que envolveu mais de 800 educadores ambientais de 22 unidades federativas do país, configurando a

construção participativa do Programa Nacional de Educação Ambiental e que se constitui ao mesmo tempo, num processo de apropriação do ProNEA pela sociedade.

O ProNEA é um programa de âmbito nacional, o que não significa que sua implementação seja de competência exclusiva do poder público federal, ao contrário, todos os segmentos sociais e esferas de governo são co-responsáveis pela sua aplicação, execução, monitoramento e avaliação. Reconhecendo seu estado de permanente construção, em consonância com o delineamento das bases teóricas e metodológicas da educação ambiental no Brasil, a Diretoria de Educação Ambiental do MMA, a Coordenação Geral de Educação Ambiental do MEC e o Órgão Gestor entendem ser necessário prever uma estratégia de planejamento incremental e articulada, que permita visitar com frequência os seus objetivos e estratégias, para seu constante aprimoramento, por meio dos aprendizados sistematizados e dos redirecionamentos democraticamente pactuados entre todos os parceiros envolvidos (Brasil, 2005, p. 15).

No que se refere às diretrizes do Programa Nacional de Educação Ambiental, vale ressaltar que este, possui caráter prioritário e permanente, numa perspectiva de sustentabilidade ambiental, portanto deve ser reconhecido por todos os governos indistintamente. Desse modo, assume as seguintes diretrizes: Transversalidade e Interdisciplinaridade, Descentralização Espacial e Institucional, Sustentabilidade Socioambiental, Democracia e Participação Social, Aperfeiçoamento e Fortalecimento dos Sistemas de Ensino, Meio Ambiente outros que tenham interface com a educação ambiental.

Nessa mesma direção, destaca-se a Lei nº 9.795, de abril de 1999 que dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental. Nessa perspectiva a Lei deixa clara a responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na esfera de sua competência e nas áreas de sua jurisdição, o cumprimento das diretrizes bem como o respeito aos princípios e objetivos da Política Nacional de Educação Ambiental. Destaca-se ainda o Decreto nº 4.281, de 25 de junho de 2002 Regulamenta a Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental, além do Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global.

Como se pode observar, são vários os documentos criados para fortalecer as discussões e práticas voltadas para o Meio Ambiente, no sentido de sensibilizar a população brasileira sobre essa questão. Outro documento que também merece destaque são as Deliberações da Conferência Nacional do Meio Ambiente, que tem como objetivo:

Desenvolver e implementar o Sistema Nacional de Informações do Meio Ambiente (SINIMA) de forma integrada com o Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA), criando, constituindo e disponibilizando bancos de dados e informações em forma impressa, CD-Rom, Internet, cartilhas, vídeos, na rede de escolas e bibliotecas municipais, estaduais e federais, e quaisquer outros meios de difusão, inclusive estimulando a criação de locais de acesso comunitário gratuito à Internet, que garantam o acesso de cada cidadão e cidadã a informações atualizadas, transparentes, possibilitando formas de participar na tomada de decisões concernentes ao gerenciamento ambiental, em consonância com a Lei no 10.650/2003 (Lei de Acesso à Informação) (Brasil, 2003, p. 3).

São de fato políticas públicas que conduzidas de maneira coerente e clara, evidentemente servirão para a expansão de práticas conscientes de preservação do meio ambiente, sem contar que a educação ambiental se faz imprescindível nesse contexto.

1.5- Saneamento básico e saúde pública: relações existentes

O conjunto de ações socioeconômicas voltadas ao alcance de salubridade ambiental é conhecido como saneamento básico, tais ações acontecem por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de lixo sejam eles, líquidos, sólidos ou gasosos, realização de disciplina sanitária para uso do solo, controle de doenças e vetores, educação ambiental dentre outras cujo objetivo é proteger e melhorar a vida e condições de saúde da população (Brasil, 2002).

O saneamento básico é um conjunto de serviços, infraestruturas e práticas que visam promover a saúde pública, a qualidade de vida e o meio ambiente através do fornecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto, coleta e destinação adequada de resíduos sólidos, drenagem urbana e controle de vetores (como mosquitos transmissores de doenças) (Brasil, 2002).

Batista (2012) explica que o saneamento e sua relação com a saúde humana remontam muito tempo e culturas antigas, tendo em vista que o desenvolvimento do saneamento está estreitamente relacionado à evolução da civilização, ora retrocedendo, ora crescendo.

Avanços importantes alcançados em épocas distantes foram esquecidos durante séculos porque não eram conhecidos pela população. No Velho Testamento existem diversas passagens vinculadas às práticas sanitárias do povo judeu como, por exemplo, o uso da água para limpeza: “roupas sujas podem levar a doenças como a escabiose”. Assim, os poços para abastecimento eram mantidos tampados, limpos e longe de possíveis fontes de poluição.

Introdução. Na civilização greco-romana há vários relatos das práticas sanitárias e higiênicas e suas relações com o controle das doenças. Entre as práticas sanitárias coletivas mais marcantes na antiguidade estão a construção de aquedutos, os banhos públicos e os esgotos romanos, tendo como símbolo histórico a conhecida Cloaca Máxima de Roma (Batista, 2012, 08).

É notório que, com os sistemas de comunicação e informação, bem como o entendimento da população acerca da importância dos sistemas de saneamento e de promoção a saúde, esta temática ganhou notoriedade, sendo também mais valorizada.

Nesse sentido é fundamental considerar o conceito de saúde e de promoção de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde conferência de Otawa em 1986. “O conceito de saúde é entendido como estado de bem-estar físico, mental e social, não restringe o problema sanitário ao âmbito das doenças” (Brasil, 2004, p. 11).

Conforme Caoma (2021. p. 3) o art. 3º, I, da Lei nº 11.445/2007, define que “saneamento básico abrange o conjunto de serviços públicos, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas”.

Silva et al (2018) explicam que a concepção ampla sobre a saúde acrescenta a determinação social como preponderante para compreender o processo de saúde-doença. Desse modo é possível estabelecer novas prioridades sobre a relação entre saneamento e saúde. Áreas mais abrangentes, tais como, direitos humanos, justiça ambiental e promoção da saúde surgem como meios de referência dando novas perspectivas no âmbito da relação saúde e saneamento.

A exemplo dessa mudança tem-se que antes o acesso a água e esgoto era visto como transversal, sendo associado ao direito a um status mínimo e não sendo incorporados aos direitos universais. Porém em 1977 durante a “Conferência das Nações Unidas sobre Água, em Mar Del Plata, alguns setores da sociedade civil reivindicaram o reconhecimento desses direitos” Silva et al (2018, p. 40). Ou seja, para que todas as pessoas independentes de sua situação econômica ou social tivessem acesso a água potável suficiente para que pudessem arcar com suas necessidades básicas.

Desde então a visão sobre a necessidade e importância da água potável para manutenção da saúde ganha uma nova roupagem. É nesse aspecto que se se torna necessário vislumbrar a inter-relação, entre o saneamento básico com a saúde pública no Brasil.

Quando o saneamento básico é negligenciado ou ausente, as comunidades estão mais suscetíveis a surtos de doenças evitáveis, especialmente aquelas relacionadas à falta de água limpa,

saneamento e higiene adequados. A saúde coletiva depende intrinsecamente de serviços de saneamento básicos eficazes e acessíveis, que contribuem para a prevenção de doenças e o bem-estar geral das populações. Portanto, investir em infraestrutura de saneamento básico é essencial para promover a saúde pública e reduzir as desigualdades em saúde (Silva et al, 2018).

Silva (2019) aponta que a saúde coletiva e o saneamento básico estão relacionados diretamente. Desse modo destaca-se o acesso à água potável como meio de prevenir doenças transmitidas pela água como cólera, hepatite A, diarreia, etc. Tem-se ainda o tratamento adequado de esgoto como forma de reduzir a contaminação ambiental e propagação de doenças. Além disso, a disposição inadequada de esgoto contribui para a poluição de rios, lagos e lençóis freáticos, afetando negativamente a saúde e o bem-estar das comunidades.

No que tange a coleta de resíduos sólidos também é importante ao vislumbrar a saúde coletiva tendo em vista que são essenciais para prevenir a propagação de doenças relacionadas à exposição de tais materiais. Junto a isso é válido destacar o controle de vetores que inclui estratégias de controle da proliferação de vetores que transmitem doenças. Por fim, destaca-se a drenagem urbana como parte do saneamento que age diretamente no âmbito de saúde coletiva (Silva, 2019).

No Brasil, a política pública de saneamento básico vem passando por ciclos, também marcada pelo marco legal e regulatório. Existe uma crise ambiental que preocupa toda a sociedade e, de forma simultânea, um crescimento populacional, mas os esforços nos âmbitos federal e estaduais ainda não atingiram seu máximo no sentido de garantir efetivamente o direito ao saneamento básico em todo o território brasileiro. É importante analisar as necessidades referentes a um saneamento adequado, pois pode se tornar fator limitante da vida humana, interferindo inclusive na saúde pública (Peixoto, et al, 2021, p. 15).

É evidente que muito ainda deve ser trilhado para se consolidar uma política pública eficaz no âmbito do saneamento básico e de sua relação com a saúde pública, contudo é importante destacar os avanços nessa temática. Aqui destaca-se o que ficou conhecido como Marco Legal do Saneamento Básico no Brasil o qual refere-se à legislação que estabelece as diretrizes e regulamentações para o setor de saneamento, com o objetivo de promover investimentos, melhorias na prestação de serviços e expansão da cobertura de água potável e esgoto no país. O marco legal foi atualizado e fortalecido pela Lei Federal nº 14.026/2020, que trouxe mudanças significativas no setor (Peixoto et al, 2021).

O Marco Legal do Saneamento Básico busca modernizar o setor, incentivando a participação privada, aprimorando a gestão e promovendo a universalização dos serviços essenciais de água e esgoto. Essa atualização legislativa é vista como fundamental para enfrentar os desafios históricos do

saneamento no Brasil, melhorando a qualidade de vida e saúde da população, e contribuindo para o desenvolvimento sustentável do país (Brasil, 2004, p. 11).

1.6- Saúde coletiva

A Segunda Guerra Mundial representou um conflito abarcando praticamente todos os países do mundo, resultando em perdas significativas, tanto em termos materiais como em vidas humanas, cuja magnitude foi descrita como incalculável. Após o seu desfecho, em 1948, foi estabelecida a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de definir a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, buscando transcender a visão biomédica prevalecente até então. Ao longo dos anos, diferentes definições surgiram, procurando desafiar tanto a perspectiva biomédica quanto a própria definição estabelecida pela OMS (Silva, 2019).

Nesse sentido, destaca-se os antecedentes do campo da Saúde Coletiva no Brasil divididos em três períodos: pré saúde coletiva que teve duração de 15 anos e se iniciou a partir de 1955, sendo marcado pelo projeto preventivista; já o segundo tem duração até o final da década de 70 sendo marcado pela medicina social, por fim o terceiro momento ganha o cunho de saúde coletiva propriamente dita (Nunes, 2008).

Osmo (2015) explica que o preventismo se trata de um momento em que a medicina era fragmentada e especializada gerando custos às práticas médicas, assim se inicia um processo de mudança no ensino médico, voltado para a prevenção, ficando conhecida como medicina preventiva. Com o ensino pautado na especialização tornava a educação médica muito estilhaçada, sendo assim o ensino buscava olhar o indivíduo como um todo em uma perspectiva biopsicossocial.

O segundo momento conhecido como movimento da medicina social tem como centro da discussão a valorização social enquanto esfera determinante dos adoecimentos. “Trata-se, pois, de um olhar alternativo à redução biomédica em que se estruturou o saber e a prática da medicina, ainda que com explorações diversas quanto ao sentido da valorização do social” (Osmo, 2015, p. 15).

Por fim, tem-se a saúde coletiva como um movimento pela democratização da saúde no Brasil, acontecendo especialmente por meio da reforma sanitária. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na Reforma Sanitária e no campo emergente da Saúde Coletiva, foi estabelecido um embate desde o início com a hegemonia da medicina voltada para a assistência

individual. Essa disputa inicialmente confrontou duas perspectivas distintas: a promoção do cuidado abrangente em contraposição à medicalização (Geremia e Almeida, 2021).

Muito se mudou acerca da concepção de saúde com o passar do tempo, dessa forma a saúde coletiva passa a ser uma preocupação, não só na busca de resolver o problema, mas olhando a situação em sua totalidade.

Atualmente, apesar de a saúde não mais ser considerada apenas como a inexistência de doença, ainda podemos perceber, em diversas situações, que a prática dos serviços se volta prioritariamente para uma atuação curativa que envolve ações relativas somente à doença, principalmente queixas específicas e pontuais. Por exemplo, num serviço de Pronto-Atendimento a preocupação dos profissionais centra-se na queixa apresentada pelo paciente e a conduta a ser adotada procura apenas “solucionar” o problema, sem a preocupação de esclarecer suas causas. A crítica que fazemos é que idêntica postura também ocorre em outras fases da assistência. Tal fato só ratifica a necessidade de que devemos desenvolver intervenções de prevenção e controle permanentes da saúde da população, visando à melhoria dos indicadores de saúde (Brasil, 2002, p. 16).

Slivinsky (2019) evidencia que todo sujeito tem direito à segurança e a saúde, devendo receber por meio de políticas públicas que permitam a manutenção de saúde e qualidade de vida a todos. Para tanto é preciso considerar que quando se trata de coletividade ou comunidade é preciso ultrapassar as barreiras da simples observação e do diagnóstico para tratamento de maneira isolada. O processo de saúde e doença deve ser visto sob um prisma social.

Nesse cenário é fundamental compreender que as ações necessárias para a saúde pública devem ser pautadas em normativas de programas fornecidos pelos Estados, ao passo que quando se fala em saúde coletiva a ação é voltada aos interesses da comunidade.

A questão da saúde é de natureza complexa, pois o ser humano e seu contexto de vida são elementos igualmente complexos. A vida não segue um padrão previsível de modo que, indivíduos de todas as faixas etárias, incluindo jovens, idosos, crianças, homens e mulheres, apresentam necessidades complexas ao longo de toda a sua existência. Às vezes, essas necessidades são mais evidentes e podem ser previstas, enquanto em outras ocasiões são menos perceptíveis. Dentro desse contexto, existem grupos que enfrentam diferentes níveis de vulnerabilidade. Por essa razão ao se tratar de saúde coletiva o compromisso primordial investigar de que maneira as pessoas experimentam a saúde, identificando suas particularidades, necessidades e disparidades no acesso aos serviços de saúde. Com base nisso, é válido propor e implementar soluções, oferecer alternativas para

a reestruturação das redes de saúde e integrar tecnologias que efetivamente contribuam para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme estabelecido na Constituição Federal (Geremia e Almeida, 2021).

Então, essa situação de hoje, aliada a essa crise política que vivemos, esse vazio de saúde em meio à ideologia partidária, essa ausência do debate, talvez mostre também – é só uma hipótese – um recuo que nós, do campo da Saúde Coletiva, tivemos na prática política e um mergulho maior na nossa produção acadêmica, na nossa atividade acadêmica. Tem muito mérito a Saúde Coletiva, que é um dos campos acadêmicos mais produtivos do país. Nós temos um grande volume de produção acadêmica e uma presença dentro da comunidade acadêmica, muito significativa. O que não é mau, pois isso também produz poder e força, mas que essa exuberância produtivista não sacrifique o ativismo que sempre ocupou papel central no sanitarismo e na Saúde Coletiva brasileira e latino-americana. A heterogeneidade dos professores e pesquisadores em Saúde Coletiva Brasil afora tem deslocado o perfil por um tecnicismo em sacrifício do compromisso e da ação política. Esse tecnicismo se espelha, por exemplo, no peso que tem a epidemiologia clínica em detrimento do campo amplo e útil da epidemiologia (Geremia e Almeida, 2021, p. 36).

A Saúde Coletiva desempenha um papel fundamental na promoção, prevenção e atenção à saúde das populações. Sua importância reside no fato de que ela transcende a abordagem individual da saúde, concentrando-se em questões que afetam grupos de pessoas ou comunidades inteiras. Ela é essencial para garantir o bem-estar e a qualidade de vida das populações, promovendo uma abordagem holística e integrada da saúde que considera não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, econômicos, culturais e ambientais.

Nesse cenário Slivinsky (2019) explica que é notório que pesquisar e realizar estudos tangentes à Saúde Coletiva é crucial para desenvolver uma compreensão abrangente dos determinantes de saúde, promover a equidade em saúde, prevenir doenças, melhorar os sistemas de saúde, responder a emergências de saúde pública, impulsionar a inovação em saúde e fortalecer a participação comunitária na promoção da saúde.

1.7- Políticas públicas de saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde têm sua particularidade e se diferenciam das demais políticas sociais, quando trazem em seu contexto o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde individual

e coletiva. Além disso, há uma preocupação acerca de questões sociais tais como promoção de melhor qualidade de vida, saúde e trabalho para a população (Antoniossi, 2018)

Conforme Smanio e Bertolin (2013), as políticas públicas de saúde englobam um conjunto de iniciativas, programas e medidas adotadas pelos governos em níveis nacional, estadual e municipal. Tais ações visam garantir o acesso à saúde e promover o bem-estar da população, envolvendo a participação ativa tanto do setor público quanto do privado. É essencial que essas políticas respeitem os direitos constitucionais de cidadania e participação social, levando em consideração os diversos aspectos culturais, étnicos, sociais e econômicos presentes na sociedade.

Ao falar de política pública de saúde no Brasil é preciso abordar o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e representa um marco na história da saúde no Brasil. Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem como princípios fundamentais a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Antoniossi, 2018).

As diretrizes do SUS são, portanto, o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município.

O SUS oferece uma ampla gama de serviços de saúde, que incluem desde a atenção básica (como consultas médicas, vacinação e exames preventivos) até procedimentos de alta complexidade (como cirurgias e transplantes). Além disso, o sistema também abrange ações de vigilância em saúde, promoção da saúde, educação em saúde e assistência farmacêutica.

Apesar dos desafios enfrentados, como subfinanciamento, infraestrutura precária e desigualdades regionais, o SUS tem sido fundamental na democratização do acesso à saúde no Brasil e na promoção do direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Ele é uma conquista histórica e um patrimônio da sociedade brasileira, que requer constante defesa, fortalecimento e aprimoramento (Antoniossi, 2018).

O SUS é a representação mais característica dos esforços do país para garantir o acesso universal à saúde para todos os cidadãos. Embora a saúde por si só não garanta a qualidade de vida do indivíduo, ela é importante para esse processo. Aliada a ela estão os aspectos ambientais, lazer, educação e políticas sociais.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Veremos que, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania (Fleury e Ouverney, 2012, p. 25).

Nesse sentido a construção da política de saúde envolve vários aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, o que dá uma complexidade ao se tratar deles de maneira isolada. Desse modo, as estratégias de política para saúde envolvem planejamento e instrumento para seu financiamento e inter-relação entre estado e sociedade. A exemplo disso “a sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de formas que afetam a saúde, coletiva e/ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas)” (Fleury e Ouverney, 2012, p. 25). Já o Estado, por exemplo, define normativas e obrigações recolhendo recursos e distribuindo programas e ações.

“O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (Fleury e Ouverney, 2012, p. 28).

Pensando nesse contexto é fundamental entender que a criação de sistemas públicos universais de saúde é essencial para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida das comunidades. Esse processo histórico é influenciado por lutas políticas e pelo apoio de movimentos sociais que valorizam a solidariedade e a justiça social. Nos últimos trinta anos, muitos sistemas de saúde enfrentaram mudanças significativas e desafios, especialmente devido às chamadas "reformas de saúde voltadas para o mercado". Essas reformas, foram impulsionadas por políticas neoliberais, que buscavam reestruturar as economias capitalistas e diminuir o papel do Estado no financiamento e na prestação direta de serviços de saúde (Giovanela, 2012).

A defesa da universalidade prevalece sobre as medidas promovidas pelas reformas neoliberais, que visam concentrar a intervenção governamental em saúde apenas nos grupos extremamente pobres. Essa abordagem segmentada da cobertura de saúde empobrece a assistência, pois gera desigualdades no acesso. Sistemas de saúde construídos para todos e acessíveis a todos têm maior probabilidade de serem equitativos (Giovanela, 2012).

Um Sistema Único de Saúde (SUS) acessível a todos é essencial para garantir que cada indivíduo, independentemente de sua condição socioeconômica, receba o cuidado e a assistência médica de que necessita. A universalidade do SUS significa que todos os cidadãos têm direito igualitário ao acesso aos serviços de saúde, promovendo assim a equidade e a justiça social. Além disso, um SUS para todos é fundamental para garantir a eficiência no uso dos recursos de saúde. Ao eliminar a fragmentação dos sistemas de saúde e concentrar os recursos em um único sistema, é possível reduzir desperdícios administrativos e direcionar os investimentos para onde são mais necessários. Isso contribui para uma distribuição mais equitativa dos recursos e para a melhoria do acesso aos serviços de saúde de qualidade (Giovanela, 2012).

Magalhães (2021) cita o artigo 196 da Constituição que é uma fonte rica de informações sobre o SUS, pois não apenas estabelece um sistema de saúde como um direito de todos os cidadãos, mas também como um dever do Estado. Ele delinea princípios constitucionais fundamentais que são essenciais para a consolidação do SUS: acesso universal e igualitário, descentralização, integralidade do cuidado em saúde e participação da sociedade na definição das políticas de saúde em nível macro. A criação e implementação do SUS são guiadas pelo princípio da cidadania, onde todo cidadão tem o direito à saúde, e é incumbência do Estado garantir esse direito, promovendo a igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios. Essas contribuições constitucionais permitem definir o SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde organizados em uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com o objetivo de atender às necessidades da população em todos os níveis de cuidado.

Em suma, um SUS para todos é uma peça fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa, saudável e resiliente. Garantir o acesso universal aos serviços de saúde não é apenas uma questão de direitos humanos, mas também é fundamental para o progresso social, econômico e humano de um país.

Além do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem várias outras políticas públicas de saúde. Por exemplo, há o Programa Nacional de Imunizações, que oferece vacinas gratuitas para prevenir diversas doenças, também existe o Programa de Saúde da Família, que organiza equipes de

profissionais de saúde para atuar diretamente nas comunidades. Outro exemplo é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que busca reduzir o consumo de tabaco por meio de medidas de prevenção e tratamento. Há também o Programa de Saúde Mental, que promove o cuidado psicossocial e a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. Além disso tem o Programa Nacional de DST/AIDS, que trabalha na prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS. Todas essas políticas visam melhorar a saúde e o bem-estar da população brasileira, abordando diferentes aspectos da saúde pública além daqueles cobertos pelo SUS (Magalhaes, 2021).

Isto posto destaca-se que, as políticas públicas de saúde no Brasil desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar e na melhoria da qualidade de vida da população. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a implementação de programas específicos voltados para diferentes áreas da saúde, o país tem buscado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, bem como promover a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Embora haja desafios e limitações, essas políticas têm contribuído significativamente para avanços na saúde pública e para a redução das desigualdades em saúde. É essencial que essas políticas sejam continuamente aprimoradas e fortalecidas, com base em evidências científicas e no envolvimento da sociedade, para garantir que todos os brasileiros tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade e possam desfrutar de uma vida saudável e digna.

CAPITULO II

SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS FUNDAMENTAIS

Este capítulo trata sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), seu funcionamento e princípios. Um sistema de saúde que abrange todo país, de modo que Estado e Município coexistem como subsistemas, ou seja, as ações devem ser realizadas de maneira integrada respeitando uma rede regionalizada e hierarquizada, atendendo integralmente a população. Trata também, sobre a Política de educação permanente em saúde, bem como o Direito social na Constituição Federal de 1988, enfatizando os avanços e obstáculos.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é relativamente novo, tendo pouco mais de vinte anos de existência, sendo capaz de em pouco tempo estruturar e consolidar um sistema público de saúde de suma importância para a população. Seus avanços são notórios, no entanto este sistema possui ainda problemas a serem enfrentados para que possa ser possível uma prestação de serviços de qualidade aos usuários (Brasil, 2006).

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos, e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (Brasil, 2000, 17).

Pensando um pouco antes da implantação do SUS, tem-se o Ministério da Saúde com desenvolvimento de ações juntamente com estados e municípios, voltadas quase que exclusivamente a promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como destaque campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas as ações eram desenvolvidas de modo universal, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (Souza, 2002).

O SUS teve então sua origem a partir do modelo médico assistencial privatista, desencadeado pela industrialização brasileira, entretanto, as mudanças que se deram nos anos de 1970 e 1980 determinaram o fim deste modelo sanitarista, fazendo propagar um modelo alternativo de atenção a saúde. Nas décadas de 70 surgiram então, o primeiro projeto piloto de medicina comunitária, o que

culminou em 1979 em um programa de atenção primária seletiva, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (Brasil, 2006).

Com a crise aguda da Previdência Social no início dos anos 80, favoreceu o surgimento de um plano político institucional, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) o qual estabeleceu como pilar as Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais foram implantadas em 1983. Apenas em 1986 ocorreu um evento político sanitário, VII Conferência Nacional de Saúde onde foram lançadas novas bases doutrinárias que originaram um novo sistema público de saúde, o que contribuiu significativamente para a elaboração da Constituição federal de 1988 (BRASIL, 2006).

Um ano depois foi implantado no poder executivo um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUD's), que tentou adicionar em seu esboço alguns princípios da reforma sanitária.

O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do estado a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. Criou-se assim na Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006, p. 25).

Destaca-se que após a consolidação do SUS, inicia-se uma fase de adaptação e implantação do sistema no país, o que fez surgir vários problemas, especialmente no que tange o financiamento. Nesse contexto, pensando no rompimento da histórica dualidade que marcou a participação do estado na área da saúde dividindo a atuação com o Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, já que o conjunto de ações e serviços passa a constituir o SUS. Dessa forma a responsabilidade passa a ser compartilhada pelas três esferas do governo atendendo ao disposto no artigo 198 da CF o qual determina que as ações e serviços dispostos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Souza, 1996).

Na implantação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde exige profundas transformações de caráter político e técnico-administrativo. Do ponto de vista político, a descentralização implica em transferência de poder e conseqüente redefinição de atribuições e competências entre as esferas de Governo, havendo necessidade de dotar de autoridade as estruturas políticas administrativas locais para a formulação de suas políticas e o desempenho

das funções de natureza local. É, todavia, a possibilidade de perda de poder dos Governos federal e estadual para os municípios que mais barreiras têm criado à descentralização (Souza, 1996, p. 57).

Nesse sentido, o SUS vem como uma nova forma de sistematizar e organizar a saúde pública, para tanto passa a ser necessário que os gestores do sistema os quais são representantes de cada esfera de governo designados para desenvolver as funções do executivo, atuem em dois âmbitos bastante relacionados, o político e o técnico. Sendo o primeiro tendo como principal foco a população, por meio da busca pela concretização dos direitos de cidadania, ao passo que na função técnica refere-se ao exercício das funções gestoras de saúde (Brasil, 2000).

2.1- Funcionamento e princípios do SUS

O SUS é um sistema de saúde que abrange todo país, de modo que estado e estado e município coexistem como subsistemas, ou seja, as ações do sistema devem ser realizadas de maneira integrada respeitando uma rede regionalizada e hierarquizada, atendendo integralmente a população (Brasil, 2000).

O funcionamento do SUS faz com que a área de saúde esteja entre as mais democráticas, pois, além de comportar um alto grau de participação social, sua gestão é um dos modelos de descentralização com maior êxito, nos serviços públicos brasileiros. A participação social é expressa pela existência e pelo funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo. (Brasil, 2000, p. 08).

Dessa forma é importante enfatizar que o princípio fundamental do SUS articula o conjunto de leis e normas que contribuem para constituição de uma base jurídica que organiza o sistema no país, explicitado de forma clara na Constituição de 1988 em seu artigo 196 o qual estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Tal artigo dá ideia de que a saúde é fundamental para que se exercite a cidadania, cabendo ao Estado à responsabilidade de promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos que este se expõe, dando sempre assistência em casos de agravos no que tange a saúde (Teixeira, 2011).

Assim destaca-se os princípios que regem a SUS, sendo a universalidade que visa a extensão de cobertura dos serviços tornando acessíveis a toda população; o princípio da equidade se refere a necessidade de tratar desigualmente os desiguais, dando oportunidade de sobrevivência, de

desenvolvimento social e pessoal entre os membros de cada sociedade; o princípio da integralidade, sendo uma forma de atender integralmente no âmbito da saúde.

Já o princípio da descentralização da gestão tem relação com a redefinição das funções e responsabilidades em cada nível de governo; o princípio da regionalização refere-se à delimitação de uma base territorial para os serviços de saúde; a hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços; por fim destaca-se a integração que visa estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde (Teixeira, 2011).

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil, vem sendo desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, de enfoque curativo, a partir da procura espontânea aos serviços. O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição. Deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (Brasil, 1990, p. 08).

Nesse cenário é importante enfatizar que o SUS preconiza que as ações de proteção e promoção de saúde podem ser desenvolvidas tanto por instituições governamentais como por empresas, associações comunitárias e indivíduos, visando sempre reduzir os fatores de risco e ameaças à saúde da população, organizando assim ações de prevenção no campo da Saúde Pública, ou seja, diagnóstico e tratamento científico da comunidade (Brasil, 1990).

Para tornar possível a aplicação adequada das estratégias do SUS, faz-se necessário compreender que existem grupos populacionais mais expostos a riscos em saúde, o que é evidenciado por registros de morbimortalidade, como em gestantes, crianças, idosos, trabalhadores rurais, dentre outros. Neste sentido há necessidade de criação de programas específicos para suprir necessidades de cada população, entram em contexto então, aspectos epidemiológicos, doenças cardiovasculares, AIDS e características específicas de cada região.

No planejamento da produção das ações de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária. Controle de vetores e atendimento ambulatorial e hospitalar, devem ser normalizados alguns procedimentos a serem dirigidos especialmente a situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990, p. 10).

Pensando nessas peculiaridades o SUS desde sua criação vem se organizando partindo de seus princípios e articulando práticas que viabilizem um atendimento em saúde que supra as necessidades

da população, desse modo os programas são de fundamental importância para superar eventuais problemas que podem surgir a partir de uma realidade específica.

Dentre os programas desencadeados pelos SUS, alguns ganharam mais ênfase e sua aplicação tornou-se mais evidente, nesse sentido o Portal da Saúde (2014) elencou dentre vários o Programa Melhor em Casa, lançado em 2011 que amplia o atendimento domiciliar; Programa Combate a Dengue, que estabelece ações para controle da doença; Programa Saúde Toda Hora que busca qualificar a gestão e o atendimento em emergências do SUS; Programa Farmácia Popular, que amplia o acesso da população a medicamentos; Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 que estimula a criação de espaços para atividades físicas e lazer; PNAN promove práticas alimentares saudáveis; Programa Saúde da Família, criado em 1993, modelo de saúde centrado em hospitais (Teixeira, 2011).

O Programa UPA 24 horas, compõe uma rede organizada de urgências e emergências; Programa Doação de Órgãos, conscientiza a população sobre a importância desta prática; Programa Medicamento Fracionado, distribui medicamentos na medida certa; Projeto Expande, estimula a integração da assistência oncológica no Brasil; o Cartão Nacional de Saúde, vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário; Programa Humaniza SUS propostas para qualificar o atendimento e a gestão do SUS e Programa Olhar Brasil, visa detectar problemas oftalmológicos em crianças da rede pública.

2.2- Política de educação permanente em saúde

O termo educação permanente aparece primeiramente na França em 1955 em um projeto de reforma de ensino realizado por Pierre Furter. Recentemente a Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura incluiu um modelo de educação para adultos visando reorientar os trabalhadores de saúde. Nesse sentido esta proposta vem como uma estratégia fundamental para reorganizar o trabalho no âmbito da saúde pública no Brasil (Paulino et al, 2012).

A formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde influenciam e são influenciadas pelo contexto social, bem como pela visão que se tem do processo saúde doença. Desse modo pode ser anunciada como a prática profissional hegemônica que é diretamente influenciada pelas relações de produção e divisão social do trabalho, sendo que após a implantação do SUS, ganha mais visibilidade, tornando-se algo presente nas discussões acerca do preparo e formação dos profissionais de saúde (BRAVIN, 2008).

Partindo desse pressuposto vê-se a educação de profissionais como um forte indicador de qualidade, já que representa a formação de recursos humanos. Na América Latina, a educação

permanente é divulgada desde a década de 80 como algo diferenciado de educação para adultos, entendida como um modelo de aprendizagem que possibilita melhoria de suas capacidades e competências (Paulino et al. 2012).

É importante enfatizar que em todas as Conferências Nacionais de Saúde existiram temáticas que abordaram especificamente o tema “recursos humanos em saúde” enfatizando a necessidade de compreender as ações de ordenamento de formação e do desenvolvimento profissional, vinculados a qualidade dos serviços prestados à população. (Bravin, 2008).

Dessa forma a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, deve ser vista como forma de aplicar estratégias que visem a qualificação profissional daqueles que trabalham com saúde pública. Considerando que o SUS, deve dar atendimento integral à população, faz-se necessário que os profissionais que oferecem os serviços tenham bom preparo para este atendimento.

Nesse contexto observa-se que a educação permanente é a articulação entre as necessidades de aprender e de trabalhar, incorporam o dia-a-dia das pessoas nas organizações de saúde, de modo a possibilitar constantes atualizações e reflexões críticas dos processos de trabalho. Tal fato permite que o profissional tenha um olhar mais amplo sobre seu próprio trabalho e sobre a organização, identificando problemas e buscando estratégias para saná-los (Brasil, 2014).

Por isso o objetivo desta política é “buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, considerando as experiências e as vivências de cada um, e, com isso, promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino” (Brasil, 2014, p. 03).

Para tornar possível a implantação deste programa constitui-se uma articulação com instituições formadoras, auxiliando na formação de profissionais de saúde. Assim tais profissionais se inserem em uma formação continuada e em uma formação permanente, com objetivo de inserir os profissionais em um processo de educação que colabore para manutenção da competência técnica e melhoria da qualidade da assistência prestada. (Vieira; Furtado, 2014).

Destarte, observa-se que a PNEPS vem como forma de melhorar o atendimento e capacitação profissional dos trabalhadores de saúde. Assim configura-se como uma estratégia de grande valia para a melhoria no atendimento do SUS, considerando que todo profissional precisa de constante atualização e estudos que propiciem a realização de um trabalho de qualidade.

2.3- Direito social na Constituição Federal de 1988

Os cidadãos brasileiros têm direito constitucional à saúde. Esse direito está inequivocamente previsto no artigo 196 da Constituição brasileira de 1988, que afirma “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado; será garantida por políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e outros males e pelo acesso universal e igualitário a todas as atividades e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” Essa Constituição foi além da enumeração de direitos, para delinear como o Estado cumpriria suas novas obrigações. Anunciou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde gratuito e universal. Para alguns, pode parecer estranho ou excessivo ver uma Constituição entrar em tais detalhes sobre política e, nada menos, política de saúde. Essas são muitas vezes questões deixadas para a legislação, onde as promessas de “universal e igual” devem ser moderadas ou reformuladas para acomodar resultados mais pragmáticos.

Carvalho (1996), afirma que é importante lembrar que o Brasil da década de 1980 enfrentou inúmeros desafios: precisava desenhar um novo sistema político, ao mesmo tempo em que enfrentava uma inflação descontrolada, altos índices de criminalidade, aumento da desigualdade de renda e uma crise da dívida pública externa. Esse mesmo autor questiona também, sobre as razões de fazer deste, o momento de insistir em cuidados de saúde gratuitos, equitativos e universais.

De acordo com Diniz e Boschi (1989) a Constituição de 1988 culminou na transição do Brasil para a democracia. Após o golpe de 1964, o Brasil suportou duas décadas de regime militar repressivo. Essa ditadura tinha uma tendência legalista: emitiu vários Atos Institucionais e até mesmo sua própria Constituição em 1967 para legalizar expurgos políticos e cercear a maioria dos direitos civis. A nova Constituição do Brasil precisaria dismantelar essas instituições autoritárias e reverter as formas pelas quais as políticas econômicas dos militares exacerbaram as desigualdades socioeconômicas e regionais. Quando a Constituição de 1988 foi finalmente promulgada, em 5 de outubro, por Ulysses Guimarães, o deputado que havia presidido esse processo, marcou a ocasião gritando: “Nós odiamos a ditadura. Ódio e nojo”.

Muitas vezes chamada de Constituição Cidadã, a Constituição do Brasil de 1988 se destaca como uma das mais longas do mundo, perdendo apenas para a Índia, com 250 artigos que enumeram uma lista impressionante de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e ambientais. Uma das razões de sua extensão é que esta Constituição teve que atender às demandas de diferentes setores da sociedade. Formalmente, a responsabilidade pela elaboração do documento coube à Assembleia Nacional Constituinte (ANC), que deliberou por quase dois anos com seus 559 delegados eleitos (dos quais apenas 26 eram mulheres), incluindo três dos futuros (Brasil, 1988).

Na prática, porém, grande parte do trabalho de definição do futuro democrático do Brasil ocorreu fora das câmaras do ANC. Dependia da participação popular, como movimentos sociais, ativistas políticos, grupos religiosos, organizações sindicais, associações profissionais e lideranças indígenas peticionavam suas causas e preocupações. Essa mobilização da sociedade civil foi fruto de décadas de protestos sociais e movimentos pró- democracia contra a ditadura militar, agora sendo canalizada para redigir uma nova constituição (Carvalho, 1996).

De acordo com Diniz e Boschi (1989) os direitos aos cuidados de saúde tornaram-se a pedra angular da nova democracia brasileira. Além disso, o significado e o conteúdo dos direitos à saúde não seriam decididos exclusivamente por juristas, especialistas ou políticos. O impulso para tornar os cuidados de saúde uma obrigação do Estado partiu da sociedade civil, e do sector dos cuidados de saúde em particular. Esses esforços ganharam corpo na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu mais de 4.000 participantes, tendo médicos e profissionais de saúde pública na vanguarda desse projeto político de tornar a saúde um direito fundamental.

Diniz e Boschi (1989) comentam ainda que esse grupo trabalhou para dar forma jurídica ao direito à saúde, pois os reunidos aprovaram o primeiro projeto do SUS como um sistema universal e gratuito e elaboraram várias resoluções que acabaram sendo transformadas em Constituição. Ao mesmo tempo, um dos objetivos centrais desta reunião foi propor uma definição mais ambiciosa para a saúde, que abandonasse a abordagem centrada na doença dos regimes anteriores de saúde pública para, em vez disso, tratar a saúde como uma questão social, econômica e ambiental. A “saúde” em contextos jurídicos e políticos agora englobava questões como acesso a alimentos e nutrição, moradia, educação, renda, emprego e condições de trabalho, transporte, descanso e recreação, meio ambiente, direito à terra e acesso a serviços de saúde.

O que é notável sobre os debates sobre saúde no Brasil dos anos 1980 é como essas ideias foram concebidas não apenas em congressos nacionais e processos políticos formais, mas também na esfera pública e por meio da contestação popular. As mulheres organizaram sua própria conferência, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, defendendo as questões de saúde da mulher e, ao mesmo tempo, pressionando por um sistema universal e nacionalizado. Os jornais noticiavam o bem-estar da sociedade brasileira, publicando estatísticas sobre mortalidade infantil, malária e desnutrição. Esses relatórios documentaram o impacto da desigualdade de renda e disparidades regionais nos resultados de saúde (Carvalho, 1996).

Também temos uma visão das frustrações e esperanças dos cidadãos comuns, graças a uma notável campanha de cartas que se desenrolou ao lado do ANC, na qual as pessoas escreviam aos

seus delegados com sugestões para a nova Constituição. Essas cartas contêm fragmentos de lutas diárias, como as pessoas documentaram como a crise econômica do Brasil agravou sua crise de saúde, com o aumento do custo de vida forçando algumas famílias a escolher entre aluguel e medicamentos essenciais, ou como outras não tinham acesso a cuidados médicos básicos (Diniz; Boschi, 1989).

Algumas dessas cartas viraram foco do documentário *Cartas ao país dos sonhos* produzido pelo governo brasileiro para comemorar os 25 anos da Constituição de 1988. O documentário começa com uma enfermeira de Manaus, refletindo sobre suas “sugestões” ao ANC: “A saúde é um direito do cidadão e uma obrigação do Estado”, ela começa passando a articular sua visão para o futuro sistema de saúde do Brasil, “a prestação de cuidados de saúde deve ocorrer por meio de um Sistema Único de Saúde, que atenda a todos de forma a garantir o atendimento pelo tempo que a complexidade do caso exigir (Carvalho, 1996).

A comunidade deve participar do planejamento das metas do setor saúde e fiscalizar a implementação da política de saúde, principalmente na aplicação dos recursos públicos para que [estes recursos] possam beneficiar a população”. Suas palavras ecoam vários artigos da Constituição de 1988 e da Lei nº 8.080 que criou o SUS em 1990 (Diniz; Boschi, 1989).

2.4- Direito social avanços e obstáculos

José Murilo de Carvalho (1996), comenta que vale notar que a Constituição de 1988 não foi a primeira a enumerar direitos sociais e econômicos no Brasil, nem a única a mencionar a saúde pública como responsabilidade do governo. Alguma versão desses direitos apareceu na Constituição do Brasil de 1934 (e nas três constituições que se seguiram, incluindo as duas escritas para ditaduras). Mas essas constituições anteriores não garantiam o sufrágio universal e impunham condições ou restrições ao exercício dos direitos individuais e sociais.

Da mesma forma, o sistema de saúde do Brasil antes do SUS era um sistema público, mas não universal. A partir da década de 1930, o governo brasileiro criou uma rede de fundos de previdência social (Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), diferenciados por profissão, em uma estrutura sindicalista-corporativa). Esse sistema foi ampliado e reformado ao longo dos cinquenta anos seguintes, mas permaneceu atrelado à profissão, com a exclusão de trabalhadores rurais, trabalhadores domésticos, trabalhadores informais e outros (Diniz; Boschi, 1989).

Os não abrangidos por este sistema foram designados indigentes, e dependiam de serviços assistenciais de saúde. A Constituição de 1988 aboliu, assim, a estratificação da cidadania no Brasil, insistindo na igualdade de direitos socioeconômicos, independentemente de raça, classe, gênero ou profissão. Essa Constituição também se tornou a primeira a reconhecer as desigualdades raciais, socioeconômicas e regionais de longa data no Brasil e a primeira a se comprometer com a redução dessas desigualdades e a erradicação da pobreza. A saúde gratuita e universal tornou-se não apenas um direito individual, mas uma estratégia para lidar com as desigualdades estruturais (Diniz; Boschi, 1989).

O SUS hoje garante cobertura para todos os residentes no Brasil, com cerca de 70% da população contando exclusivamente com seus serviços. O Brasil tem um sistema de dois níveis em que aqueles que podem pagar compram planos de seguro privados. O SUS é unificado, mas altamente descentralizado, com suas diversas responsabilidades divididas entre os níveis federal, estadual e municipal de atendimento. Uma de suas realizações é o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 para fornecer cuidados primários, odontologia, vacinas e medicamentos para algumas das comunidades mais pobres e isoladas do Brasil. Esta unidade lidera os esforços de vacinação do Brasil, já que o SUS supervisiona um dos maiores programas de vacinação do mundo, combatendo mais de 19 doenças infecciosas (Delgado *et al.*, 2002).

O Programa de Saúde de Família inova com a ênfase nas famílias, ao invés de seus indivíduos, bem como na contratação não só de médicos e enfermeiros, mas também de agentes comunitários de saúde para estreitar os vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde. Hoje, esse programa supervisiona mais de 40.000 equipes do PSF, com mais de 265.000 agentes comunitários de saúde. Essa infraestrutura de saúde comunitária é parte da razão pela qual o Brasil tem conseguido implementar estratégias inovadoras e bem-sucedidas para lidar com várias epidemias e doenças infecciosas, como HIV/AIDS e Zika (Delgado *et al.*, 2002).

A Constituição brasileira de 1988 não é perfeita, nem o sistema público de saúde que ela criou. Hoje, o SUS está sobrecarregado e subfinanciado, e não tem médicos suficientes para atender o público, especialmente as comunidades marginalizadas. O público enfrenta longas esperas por certos tratamentos, escassez de leitos hospitalares e falta de acesso a medicamentos essenciais.

CAPÍTULO III

3- METODOLOGIA DA PESQUISA

Este trabalho de pesquisa intitulado: “Saneamento Básico, Meio Ambiente e Saúde Pública: relações existentes”, tem o objetivo de investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico, o meio ambiente e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT, dada a necessidade da manutenção de um ambiente equilibrado, com condições favoráveis à saúde e bem-estar da população.

Nessa perspectiva é imprescindível ressaltar que uma pesquisa eficaz depende de procedimentos adequados e para tanto, o referencial metodológico adotado neste estudo se insere na perspectiva da metodologia de investigação qualitativa, com estudo exploratório- descritivo. Gil (2008) sinaliza que a pesquisa descritiva consiste em descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

A coleta de dados constou de levantamentos bibliográficos em revistas, artigos científicos, dissertações, teses e livros sobre a temática investigada e obras dos autores do marco teórico deste projeto. Inclui-se ainda, a análise documental, realizada a partir de documentos oficiais do Município de Santa Terezinha-MT, o qual representa o campo desta investigação. Dentre os documentos analisados, inclui o plano Municipal de Saneamento Básico e o Plano Municipal de Saúde do referido município, os quais foram disponibilizados pelos Gestores responsáveis pelos referidos setores, mediante prévia solicitação por escrito.

O trabalho buscou realizar a análise documental do Plano Municipal de Saneamento Básico, de modo a conhecer os mecanismos de gestão pública da infraestrutura do município relacionada ao abastecimento de água; esgotamento sanitário; manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais.

A análise do Plano Municipal de Saúde, teve a finalidade de identificar as políticas públicas em saúde, com ênfase na adoção de estratégias capazes de modificar a realidade sanitária/epidemiológica, com o envolvimento dos diferentes atores sociais interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento social da população.

3.1- Lócus da pesquisa: o Município de Santa Terezinha-MT

Criado pela Lei Estadual nº. 4.177, Município de Santa Terezinha-MT fica localizado no extremo nordeste do estado de Mato Grosso e faz limite com os Estados de Pará e Tocantins às margens esquerda do Rio Araguaia em Frente a maior ilha fluvial do mundo, denominada Ilha do Bananal, na micro região denominada Baixo Araguaia, distante da capital do estado a 1.329 km, com uma área de 6.448km, atitude 198m. Segundo o último senso demográfico (2010), o município conta com uma população de 7.397 habitantes, 06% dessa população está localizada na zona urbana e 40% na zona rural e tem com vias de acesso as BR 158. MT 413, MT 431 e sua economia são Agropecuárias de corte e Agricultura substancial.



Fonte: <https://portalmatogrosso.com.br/mapa-do-municipio-13/>

Várias empresas se destacam no plantio em média escala de arroz, soja, milho e extrativismo vegetal como a seringueira, tendo juntado o turismo sustentável com suas atrações que lhes são peculiares em algumas épocas do ano que são: temporada de praia Jogo Regionais do Araguaia e Pescaria Esportiva regionalizada no mês de junho atraindo turistas brasileiros e estrangeiros, não só na sede do município, mas em todas as comunidades circunvizinhas que ofereçam condições de lazer como: Lago Grande e Antônio Rosa e em várias pousadas situadas em uma grande extensão às margens do Rio Araguaia.

Esses turistas vêm com certeza em busca de lazer que as praias do Rio Araguaia podem lhes oferecer. O município de Santa Terezinha se destaca também como um dos principais polos turísticos

do estado de Mato Grosso com uma área expressiva para exploração do turismo sustentável e de grandes riquezas naturais.

A história de criação do Município de Santa Terezinha é curiosa e cheia de interrogações como a de vários municípios da região do Baixo Araguaia. Por volta de 1.902, pisaram os primeiros moradores na região de Santa Terezinha, o Sr. Manoel José da Costa vindo do Estado de Goiás, trazendo consigo uma história de tortura e má conduta, por ter cometido atos de violência em seu estado de origem.

Entre 1.910 a 1.917, chegaram a um lugar bem próximo onde é o município hoje, denominado Furo de Pedra. Moradores que contam que quando lá chegaram já encontraram outros povos habitando esta região, além de algumas tribos indígenas como os Karajas e Tapirapés que já povoavam as margens do Rio Araguaia, desde Comunidade Lago Grande quase na divisa do Estado do Pará, sentido leste do Município a Barra do Tapirapé, local onde as águas dos rios se encontram Rio Araguaia e Rio Tapirapé e é situada até hoje duas aldeias sendo uma da tribo Karajá e outra da tribo Tapirapé'.

Em 1917, chegam outros moradores, oriundos especialmente, das regiões norte e nordeste do país a procura de terras férteis e do tão sonhado garimpo que diziam existir nas terras do Urubu Branco e Serra do Roncador. De 1917 a 1926, teve a presença marcante das missionárias francesas, Dona Paula e Benvinda que eram professoras.

Com a inundação das grandes enchentes daquele período o povo começa a povoar o Morro de Areia. Em 1932 foi inaugurada definitivamente as casas da Igreja do Morro de Areia, ambas construídas de adobe e telha de barro feitas de forma artesanal. Nesse período de 1932 o acesso a esse lugar era muito difícil, só chegava ou saía à cavalo ou pelo Rio Araguaia através de batelões ou canoa feita de madeira roliça, mais precisamente de uma madeira chamada Landi, por ser fácil de manusear e ser bastante resistente a água.

De 1932 a 1950, houve muitas transformações. Surge em Santa Terezinha a REAL CIVA (Companhia Imobiliária do Vale do Araguaia). Em 1952, Santa Terezinha que ainda pertencia ao Estado do Pará passa a pertencer definitivamente ao Estado de Mato Grosso, ocorrendo à divisão entre os Estados do Pará e Mato Grosso.

Nesse período chega também ao município de Santa Terezinha para trabalhar com os índios Tapirapé as freiras dentre elas a irmã Genoveva, que até hoje se dedica às causas indígenas da região. Dois anos depois, no mês de dezembro em 1.954 chega ao município, o Padre Francisco Jentel que também foi um grande defensor das causas indígenas, principalmente os índios Tapirapé.

Em 1960, o contexto social da Amazônia sofre uma grande agressão, com a compra de terra pelos grandes latifundiários, período em que aumenta as ameaças ao Município de Santa Terezinha. Três anos depois a Companhia Imobiliária se dissolve. O povo se mantém atento. Foi somente uma ameaça.

Em 1964, período da Ditadura Militar, o povo era torturado, sofria barbaramente, desapareciam como bola de neve sem explicações, enquanto outros eram mortos brutalmente. Nesse mesmo ano no mês de janeiro, Santa Terezinha torna-se distrito sob a Jurisdição da Prefeitura Municipal de Luciara - MT, através da Lei de nº3. 758, 11/11/1963. Em 1.966, o Governo Federal, criou a SUDAM – (Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia). Com isso veio a Codeara (Companhia de Desenvolvimento do Araguaia) com o seu projeto de colonização e conseqüentemente a vinda de peões oriundos de vários estados e Santa Terezinha começa a se agitar. Em 1.970, chega ao município de Santa Terezinha D. Pedro Casaldáliga, se consagrando bispo da Prelazia de São Félix do Araguaia, com uma nova Evangelização respeitando a vida e os direitos humanos.

3.2- Análises dos dados

Visando responder ao problema e aos objetivos dessa pesquisa, os dados coletados serão assim analisados:

- 1) Análise do referencial teórico pesquisado acerca do assunto, a partir de consultas em revistas, artigos científicos, dissertações, teses e livros.
- 2) Análise documental por meio do documento oficial: Plano Municipal de Saneamento Básico do município de Santa Terezinha-MT.
- 3) Análise documental por meio do documento oficial: Plano Municipal de Saúde do município de Santa Terezinha-MT.

3.3- Riscos da pesquisa

Dentre os riscos previstos durante a realização da pesquisa, o mais significativo de todos foi a disponibilidade, por parte dos gestores, dos documentos oficiais previstos para a análise documental. Caso algum desses documentos não tivessem sido disponibilizados, certamente poderiam comprometer o resultado da investigação, ocultando fatos da realidade. Para tanto, foi

necessário explicitar previamente, aos responsáveis acerca da concessão dos documentos, os objetivos da pesquisa e a sua importância.

3.4- Benefícios da Pesquisa

A pesquisa certamente contribuirá com informações importantes e de interesse da população, de modo a fortalecer as discussões acerca da Saúde Pública, o Saneamento Básico e Meio Ambiente como uma tríade essencial para o bem da humanidade. Além disso, os dados da pesquisa servirão como fontes de novas investigações científicas acerca do assunto.

CAPÍTULO IV

4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados da pesquisa, a qual constou de estudos essencialmente bibliográficos acerca do tema proposto, incluindo a análise de documentos oficiais inerentes às políticas públicas referentes à Saúde e ao Saneamento Básico do Município de Santa Terezinha-MT, lócus desta pesquisa. Dentre os documentos, citam-se os planos municipais de Saneamento Básico e de Saúde. O estudo possibilitou conhecer os objetivos e metas das referidas propostas, as quais fazem parte das políticas públicas elaboradas em favor da população daquele município.

Ao longo do estudo, foi possível identificar nos documentos consultados, desdobramentos que explicitam as relações existentes entre os serviços de saneamento básico e a saúde pública no município, possibilitando assim, a busca pela manutenção de um meio ambiente equilibrado, com condições favoráveis à saúde e bem-estar da população. Tratam-se, portanto, de propostas que priorizam a busca pela consolidação das políticas públicas em saúde.

Assim, segue a apresentação dos dados coletados, com as suas respectivas análises.

4.1- O Plano Municipal de Saneamento Básico: Santa Terezinha-MT

Inicia-se a referida análise procurando conceituar um Plano Municipal de Saneamento Básico, que de acordo com a Lei n. 11.445, criada em 2007 no Brasil, foi estabelecida após quase duas décadas de ausência de regulamentação. Ela define as diretrizes nacionais para o saneamento básico, englobando o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, a gestão de resíduos sólidos e o controle das águas pluviais. De acordo com essa legislação, cabe aos municípios serem os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços, sendo incumbidos de colocar em prática a política e elaborar o Plano Municipal de Saneamento Básico.

A administração dos serviços agora inclui atividades de planejamento, execução de serviços, regulação e fiscalização, todas elas com a participação e controle da sociedade. O saneamento passa a ser baseado em princípios de universalização, integralidade, interdisciplinaridade, uso de tecnologias apropriadas, considerando as peculiaridades locais, eficiência, sustentabilidade econômica, transparência, segurança, qualidade e regularidade (Brasil, 2007).

O Plano Municipal de Saneamento Básico é um dos principais instrumentos da gestão municipal, sendo essencial para a eficácia dos contratos de prestação de serviços e para a obtenção de recursos federais a partir de 2014 (Brasil, 2007; Brasil, 2010). Por isso, os municípios estão começando a elaborar o plano, mas em muitos casos sem considerar devidamente os princípios, o conteúdo mínimo e a participação da comunidade exigidos (Silva, 2012).

A presente análise é do PMSB do município de Santa Terezinha no Estado de Mato Grosso, em que, neste relatório foram detalhados os diferentes passos realizados e finalizados nos produtos identificados como A, B, C, D, E, F, G, H e I que fazem parte do referido Plano. Isso está em conformidade com o Termo de Referência/2012 da Funasa², com base na Lei 11.445/2007 (Brasil, 2997) e no Decreto n.º 7.217/2010, conforme descrito no Plano de Trabalho estabelecido pelo TED no 04/2014 em 05/11/2014 e no Convênio Secid/Uniselva n.º 001/2015.

Este convênio é entre a Funasa e o Governo de Mato Grosso como financiadores e a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) como responsável pela elaboração do Plano de Saneamento Básico de 106 municípios do estado. A logística para a realização do projeto adotou a estrutura dos 15 consórcios intermunicipais criados em colaboração com o Governo Estadual e a Associação Mato-grossense dos Municípios, com base na Lei Federal n.º 11.107/2005, buscando o desenvolvimento sustentável regional.

As fases de elaboração do plano ocorreram de agosto de 2015 a julho de 2017, seguindo as etapas metodológicas previstas no termo de referência e promovendo a participação efetiva da população, tanto urbana quanto rural. Este Plano foi desenvolvido adotando os princípios e abordagens de algumas escolas de planejamento, em particular do Planejamento Estratégico Situacional - PES e da Prospectiva Estratégica, como o PLANSAB. Essas metodologias foram previstas na legislação de saneamento, por representarem abordagens que consideram a perspectiva de diferentes atores envolvidos no setor, como autoridades públicas, sociedade civil organizada, prestadores de serviços, trabalhadores, movimentos populares, entre outros, fortalecendo assim a participação social.

O desenvolvimento deste Plano foi guiado pela execução das atividades planejadas no Plano de Mobilização Social - Etapa B. Foram realizadas reuniões técnicas com os comitês locais e audiências públicas para priorizar ações levando em consideração não apenas questões técnicas, mas também a opinião da comunidade. Durante essas reuniões, os resultados do levantamento técnico

² A Funasa, entidade vinculada ao Ministério da Saúde, tem como atribuição principal a promoção da saúde pública e a inclusão social por meio de iniciativas de saneamento para prevenir e controlar doenças, além de elaborar e colocar em prática medidas para promover e proteger a saúde.

local foram revisados e validados, e as propostas a serem implementadas ao longo de 20 anos foram classificadas em curto, médio e longo prazo. Todas as informações coletadas durante a elaboração deste projeto estão registradas em um banco de dados integrado ao sistema de gerenciamento do Projeto. Neste sistema, encontram-se armazenados os dados primários e secundários, como mapas, plantas e imagens do município e da Unidade de Planejamento e Gestão - UPG da bacia hidrográfica local.

O **Produto A** designou, por Decreto, os membros dos comitês Executivo e de Coordenação para supervisionar o grupo responsável pela elaboração do PMSB na cidade. Conforme estabelecido no Termo de Referência da Funasa, é fundamental que, em todas as etapas de elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB), sejam consideradas as visões e desejos da comunidade. Para isso, é essencial a criação de grupos de trabalho que representem diversos setores sociais. Nesse sentido, por meio de um Decreto Municipal, foi instituído o comitê de coordenação, formado por membros de entidades públicas ou privadas ligadas ao saneamento, e o comitê executivo, composto por uma equipe multidisciplinar com técnicos de órgãos municipais ou privados relacionados ao saneamento. Esse Decreto Municipal, que estabelece os comitês de coordenação e execução, é considerado o Produto A do PMSB.

Na cidade de Santa Terezinha, foram emitidos três decretos para formação de comitês devido à substituição de um membro do comitê de coordenação e executivo do município. Os decretos em questão são o Decreto número 1.175/2015, de 09 de novembro de 2015, o Decreto de número 1.252/2017, datado de 24 de março de 2017, e o Decreto com número 1.290/2017, do dia 16 de outubro de 2017.

O **Produto B** apresenta o Plano de Mobilização Social - PMS, que faz parte do planejamento das ações, tanto as planejadas quanto as já realizadas, visando garantir a universalização, integralidade e qualidade dos serviços de saneamento. A presença da comunidade é requisitada pela legislação do Saneamento, já que a melhoria do saneamento deve ser realizada para o benefício da própria sociedade. Com esse propósito, o Plano de Mobilização Social foi elaborado com o intuito de desenvolver estratégias que incentivem a participação dos cidadãos na elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico, por meio de um planejamento das ações de mobilização. Inicialmente foram promovidas atividades de conscientização nas sedes dos consórcios intermunicipais, seguidas por atividades de capacitação dos membros dos comitês estabelecidos no Decreto Municipal (Produto A). A presença da sociedade implica na identificação dos diversos atores sociais presentes em cada localidade. Esses participantes estão presentes em várias esferas sociais, tanto a nível municipal

quanto regional, que incluem os consórcios e foram identificados pelo comitê executivo e de coordenação.

Durante os treinamentos, além de iniciar o desenvolvimento do PMSB, foram disponibilizados aos comitês materiais auxiliares para auxiliar na divulgação do plano, como modelos de folders, banners, urnas para sugestões, vídeos e áudios explicativos. Após a conclusão e aprovação do PMSB na primeira visita técnica ao município, as atividades de mobilização foram iniciadas com uma frequência mensal, conforme previsto no plano, resultando na geração dos Produtos J. Além disso, a aplicação de questionários sobre saneamento como parte das atividades de mobilização resultou nos resultados apresentados no Produto C (item 4.10). Durante todo o processo de elaboração do PMSB, a população teve acesso direto à equipe técnica por meio do site: pmsb106.ic.ufmt.br.

A presença da comunidade é essencial para identificar os diferentes grupos sociais em cada local. Esses grupos estão espalhados em várias instâncias municipais e regionais, incluindo consórcios, e foram identificados pelo comitê executivo e de coordenação. De acordo com Bandeira (1999), é difícil definir conceitualmente e metodologicamente a participação plena, e são apresentadas categorias de níveis de participação com base nas experiências de associações em cada área. Além dos participantes sociais envolvidos, os cidadãos são primordiais para o PMS, no planejamento das estratégias que serão implementadas ao longo do PMSB, uma vez que são todos os habitantes que utilizam de forma direta os serviços de saneamento básico na cidade, tanto na área urbana quanto na rural.

Compreende-se que a comunicação tem o poder de conectar e criar laços entre indivíduos, grupos e agentes sociais. As práticas comunicativas são instrutivas e possibilitam a troca de saberes e interações, que influenciam o desenvolvimento da comunidade em termos de engajamento social e podem resultar em iniciativas que transformam a realidade no âmbito local.

Na realização dos eventos, reuniões, oficinas, debates etc., foi adotada uma abordagem com o uso de recursos visuais, como vídeos do Projeto, manuais e exposições, a leitura de textos, contos e parábolas, atividades em grupo e material informativo, intercalados com atividades motivacionais, integração das equipes e dinâmicas. Para exemplificar os desafios de Saneamento do Município, foram criados Biomapas que permitiu visualizar de forma espacial os problemas identificados em cada área, como água, esgoto, resíduos e drenagem. Foram utilizados recursos audiovisuais, caixa de som, Power Point, flip chart, quadro branco e outros, além de dinâmicas aplicadas durante a capacitação ministrada aos comitês.

Para concretizar as atividades propostas no Plano de Mobilização, o comitê executivo participou ativamente na definição dos requisitos de espaço físico apropriado e na garantia de acesso fácil aos participantes; identificação dos diferentes atores sociais envolvidos; estabelecimento de uma comunicação eficaz para envio dos convites contendo data, local e horário, com o suporte de transporte fornecido pela administração pública para assegurar a presença dos participantes e da sociedade nos eventos. É importante destacar que os detalhes das reuniões/eventos, como locais, datas e horários, foram divulgados em diversos meios de comunicação locais com pelo menos 7 (sete) dias de antecedência. Além disso, foi fundamental seguir o cronograma estabelecido pelo Plano Municipal de Saneamento Básico.

O Produto C inclui o Diagnóstico Técnico Participativo que descreveu a situação da infraestrutura de abastecimento de água, esgoto³, manejo de águas pluviais e resíduos sólidos na cidade, juntamente com a percepção da população sobre a prestação desses serviços. O Estudo Técnico-Participativo elaborado foi a base do PMSB e contemplou os quatro fundamentos do saneamento básico: abastecimento de água, tratamento de esgoto, gerenciamento de resíduos sólidos e controle de águas pluviais. Este documento analisou as condições dos serviços prestados na região, considerando a avaliação da infraestrutura disponível e da situação operacional de cada um dos fundamentos.

A estratégia utilizada para efetuar esse diagnóstico consistiu na coleta de informações principais por meio de um levantamento no terreno tanto na área urbana quanto na área rural da cidade, além de uma ampla pesquisa e compilação de dados secundários disponíveis em diversos órgãos públicos, como: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Fundação Nacional de Saúde - Funasa, Anuário Estatístico, entre outros. Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados que faz parte do sistema de gestão do projeto. Neste sistema também foram armazenados os dados primários e secundários, assim como plantas, mapas e imagens com a localização do consórcio intermunicipal ao qual a cidade pertence.

Com o objetivo de informar e facilitar a compreensão dos municípios em relação às fases de elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico-PMSB, a equipe técnica organizou workshops

³ O município de Santa Terezinha apresenta 43,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 85,4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/santa-terezinha/panorama>.

de capacitação nas sedes dos consórcios. Esses workshops visavam: orientar os comitês Executivo e de Coordenação dos municípios sobre a metodologia de coleta de dados; instruir os comitês sobre o suporte à equipe técnica durante a coleta de informações; providenciar a infraestrutura necessária para reuniões públicas durante a visita dos técnicos, e fornecer os formulários pertinentes a cada aspecto do saneamento básico. Os comitês eram compostos por representantes do governo municipal que, junto com a equipe da Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT, faziam parte do grupo de trabalho e atendiam aos requisitos do Termo de Referência 2012 da Funasa no que diz respeito ao Plano de Mobilização Social - Produto B.

Durante a fase de elaboração do Diagnóstico Técnico-Participativo, foram realizadas visitas in loco, que começavam com uma conversa com a Prefeitura Municipal e, em específico, com as secretarias municipais envolvidas na prestação dos serviços nos quatro eixos indicados, mediada pela atuação do Comitê Executivo designado pelo gestor. Inicialmente, em colaboração com os responsáveis pelo planejamento municipal, buscava-se compreender as visões de crescimento urbano e econômico da cidade, bem como conhecer sua realidade social. Além disso, também se estabeleceu um diálogo com os prestadores de serviços de água, esgoto, limpeza urbana e drenagem urbana para coletar dados e entrevistar os técnicos da Prefeitura Municipal a fim de entender os problemas associados aos serviços, bem como possíveis soluções. Durante as visitas, eram analisadas as instalações operacionais e administrativas, o estado atual e as condições de operação, o que permitia identificar os principais obstáculos no fornecimento dos serviços.

O preenchimento dos questionários relativos a cada aspecto do saneamento, distribuídos aos membros do comitê, ajudou na obtenção e integração de dados técnicos. Os resultados foram digitalizados e armazenados no banco de dados do Projeto, juntamente com fotos georreferenciadas, plantas e mapas elaborados para cada componente. Como parte do processo de diagnóstico, foi organizada uma audiência pública no município, na qual uma palestra sobre saneamento básico foi ministrada para a comunidade urbana e rural, com o intuito de fornecer informações básicas sobre a importância do Plano de Saneamento Básico, o Marco Regulatório da Política Nacional de Saneamento Básico (Lei nº 11.445/2007), a estrutura e os princípios do sistema de abastecimento de água, esgoto, drenagem urbana e manejo de resíduos sólidos no município.

Essas informações serviram de base para que a sociedade presente identificasse os desafios em cada setor de saneamento. Durante a visita dos técnicos ao município, também foram realizadas atividades de validação e aprovação do Plano de Mobilização Social - PMS pelo Comitê de Coordenação, visando conscientizar a população mensalmente sobre a importância do plano por meio

de uma agenda constante. Como resultado, o comitê enviava relatórios mensais de suas atividades, incluindo lista de presença e fotos que comprovavam o envolvimento da população no processo de elaboração do PMSB. A aplicação de questionários sociais durante as reuniões realizadas pela equipe executora, durante a visita ao município, permitiu avaliar os problemas em cada aspecto dos serviços e medir a satisfação dos moradores. Posteriormente, esses questionários foram organizados de forma a refletir, no diagnóstico técnico, a visão da população sobre o saneamento.

Neste ponto do PMSB, apresentou que, Santa Terezinha possui características específicas ligadas à situação socioeconômica do município, refletindo-se em um baixo Índice de Desenvolvimento Humano, com ênfase nas questões educacionais. Portanto, foi fundamental que toda a população tivesse acesso não apenas ao saneamento básico para reduzir doenças, mas também a uma educação de qualidade, serviços de saúde eficazes e oportunidades de emprego e renda. A avaliação do sistema de abastecimento de água aponta problemas operacionais e estruturais, como a falta de licença ambiental e outorga para uso dos recursos hídricos, além da ausência de proteção na balsa flutuante. A Estação de Tratamento de Água (ETA) opera acima de sua capacidade nominal, com diversas falhas em sua estrutura metálica e vazamentos. As ligações de água nas residências não têm medidores, e não há monitoramento mensal e semestral da qualidade da água, conforme exigido por lei.

O Departamento de Água e Esgoto (DAE) não tem uma sede administrativa e operacional adequada, e o pessoal é limitado e sem qualificação. A cobrança pelos serviços prestados não cobre os custos operacionais do município, resultando em déficit. Há carência de gestão e planejamento, incluindo a falta de indicadores para melhorar a operação do sistema, como o controle de perdas. O tratamento de esgoto é responsabilidade do DAE, mas soluções individualizadas geram riscos ambientais e de saúde pública, como o uso de fossas rudimentares por grande parte da população. A infraestrutura de drenagem urbana é gerida pela Secretaria Municipal de Obras, com falta de pessoal para execução adequada dos serviços. A pavimentação asfáltica em Santa Terezinha não é acompanhada de microdrenagem, causando problemas de drenagem. A coleta de lixo é feita em toda a área urbana, mas os resíduos foram dispostos em um lixão a céu aberto. Quanto aos resíduos de saúde, foram incinerados sem controle. Nas comunidades rurais, o abastecimento de água é realizado coletivamente em algumas localidades, mas sem tratamento adequado. Os esgotos foram despejados em fossas rudimentares, e os resíduos sólidos foram queimados ou usados de forma inadequada.

No município inexistem órgãos responsáveis pela regulação dos serviços de saneamento, bem como não há um projeto de conscientização ambiental em vigor, medidas essas essenciais para

garantir a adequada e contínua prestação dos serviços de saneamento. Portanto, o Plano Municipal de Saneamento Básico representa uma excelente oportunidade para que a municipalidade, em conjunto com todos os segmentos da sociedade, possa desenvolver um plano sustentável, abrangendo aspectos financeiros, administrativos, jurídicos e sociais, visando aprimorar as condições de saneamento.

O **Produto D** detalha a Prospectiva e o Planejamento Estratégico, definindo os passos rumo à estratégica, com bases teóricas, cenários de planejamento, metas, diretrizes, estratégias e programas para o PMSB. Assim, o Produto D engloba a Análise Situacional das condições de saneamento na cidade, incluindo a identificação de lacunas no acesso aos serviços, a análise de programas em vigor, e a formulação de uma via foram estratégica para a política de saneamento da cidade, com foco em um prazo de 20 anos.

A operação em situações de emergência é uma atividade em tempo real que reduz os riscos para a segurança dos serviços e ajuda a garantir sua continuidade e qualidade em momentos de falhas em partes dos sistemas. No setor de saneamento básico, o fornecimento de água para consumo humano se destaca como a atividade mais crucial em casos de falhas. Por outro lado, a interrupção dos serviços de coleta de resíduos tem consequências imediatas para a saúde pública, pois expõe os resíduos nas ruas, favorecendo a proliferação de insetos e doenças transmitidas por vetores. As emergências nos sistemas de esgoto geralmente afetam o ambiente externo, contaminando solo e água, afetando a qualidade da água disponível para a população. Já a drenagem pluvial pode não parecer um problema no dia a dia, mas a falta de sistemas adequados ou a falta de manutenção em redes de drenagem podem causar alagamentos em períodos chuvosos, resultando em perdas materiais e riscos à saúde da população.

Diante das circunstâncias apresentadas, foram encontrados casos que evidenciam irregularidades nos serviços de saneamento básico e suas respectivas ações de redução, com o objetivo de gerenciar e solucionar as situações atípicas. Para organizar tais dados, foi elaborado um Quadro que conecta os cenários de emergência com as medidas associadas, para os principais elementos que compõem as estruturas de saneamento. A sequência das ações emergenciais está de acordo com as descrições que serão utilizadas para os eventos previstos e relacionados aos elementos do sistema em diferentes áreas de saneamento: fornecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto, sistema de drenagem urbana e manejo de resíduos sólidos urbanos, nos casos de eventos de emergência identificados, seguindo a sequência das medidas emergenciais de referência.

O **Produto E** engloba os Programas, Projetos e Ações. Neste produto foram especificadas as medidas imediatas de curto, médio e longo prazo para resolver os problemas existentes no setor de

saneamento e promover a qualidade ambiental municipal, abrangendo serviços essenciais para a saúde da população. Além disso, englobam toda atividade que pode gerar impactos negativos às pessoas, ao meio ambiente e ao patrimônio, exigindo um planejamento preventivo para emergências e situações de contingência. Para planejar essas ações, foi necessário estabelecer objetivos e metas para melhorar os sistemas de saneamento e elaborar o Plano de Execução.

No momento atual, os resíduos gerados tanto pelo comércio quanto pelas residências da zona urbana de Santa Terezinha foram levados para o “Lixão”, enquanto os demais resíduos, incluindo os provenientes da Construção Civil e Demolições, bem como os resíduos de podas, capina e roçada, não possuem um local apropriado para serem descartados e acabam também sendo enviados para o “Lixão”. Por isso, é fundamental o fechamento das atividades nessa área, assim como sua regeneração. Diante disso, este Programa tem como objetivo estabelecer medidas e iniciativas para a instalação de um novo Aterro Sanitário destinado ao descarte dos resíduos, por meio de um consórcio.

De acordo com a pesquisa feita nas zonas rurais, os resíduos sólidos estão sendo queimados. No entanto, é essencial realizar uma análise minuciosa das condições atuais de higiene e gerenciamento de resíduos sólidos no meio rural, o que pode ser feito pelos profissionais de saúde ou meio ambiente durante as visitas de rotina.

Portanto, é indispensável antecipar e elaborar as medidas indispensáveis para restaurar os locais identificados durante a etapa inicial do Plano Municipal de Saneamento Básico. A restauração desses espaços é fundamental não só para corrigir os danos já existentes, mas também para evitar o surgimento de novos danos ou o agravamento dos existentes. No caso do município de Santa Terezinha, que atualmente utiliza um "Lixão" para eliminação de resíduos, a recuperação dessa área de passivo ambiental será realizada a longo prazo, dentro do cronograma estabelecido pelo PMSB.

O **Produto F** traz o Plano de Execução, assim, neste texto foram expostos os recursos financeiros essenciais para a execução dos projetos propostos no Plano Municipal de Saneamento Básico de Santa Terezinha, com o objetivo de tornar os serviços de abastecimento de água, saneamento básico, limpeza urbana, gestão de resíduos e controle de drenagem urbanos acessíveis a todos. As metas estabelecidas neste relatório ao longo do documento servirão como referência para a prestação dos serviços de saneamento básico nos próximos 20 anos.

O cumprimento dessas metas requer a realização de investimentos provenientes não apenas do poder público, mas também de prestadores de serviços e parceiros externos. Analisando os resultados das estimativas de custo, é possível afirmar que: Este é um investimento que beneficiará toda a população do município, que se espera atingir uma população de 9.169 habitantes no final do

Plano, com um custo total de aproximadamente R\$ 3.870,95 por habitante para alcançar a universalização, sendo R\$ 406,30 por habitante ao ano ou R\$ 33,86 por habitante ao mês; o investimento nas ações de abastecimento de água foi influenciado principalmente pela melhoria do sistema de água na área urbana do município e pela implementação de sistemas simplificados nas comunidades sem acesso a esse serviço.

O investimento para a implantação do sistema de esgoto sanitário tem um custo considerável devido à necessidade de instalar um sistema completo para atender 90% da população urbana com coleta de esgoto; os custos relacionados à drenagem de águas pluviais incluem não apenas a pavimentação nem recuperação de estradas, mas também foram parte essencial do sistema de drenagem, com uma proporção semelhante aos demais setores do saneamento; os custos previstos para a limpeza urbana e manejo de resíduos foram elevados devido à implantação e operação de um aterro sanitário como parte de um consórcio intermunicipal.

O **Produto G** traz o esboço da Política Municipal de Saneamento Básico que estabelece a criação do Conselho Municipal de Saneamento e do Fundo Municipal de Saneamento, além de tomar outras medidas. A referida minuta da política estabelece diretrizes para a gestão do Saneamento Básico no âmbito municipal, institui o Conselho Municipal de Saneamento, institui o Fundo Municipal de Saneamento e estabelece demais medidas relacionadas. Das Disposições Preliminares:

Art. 1º A Política Municipal de Saneamento Básico reger-se-á pelas disposições desta lei, de seus regulamentos e das normas administrativas deles decorrentes e tem por finalidade assegurar a proteção da saúde da população e a salubridade do meio ambiente urbano e rural, além de disciplinar o planejamento e a execução das ações, obras e serviços de saneamento básico do Município.

Art. 2º Para efeitos desta lei considera-se:

I – Saneamento básico: conjunto de serviços e infraestruturas e instalações operacionais

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;

b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;

c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

d) drenagem e manejo das águas pluviais, limpeza e fiscalização preventiva das respectivas redes urbanas: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas.

Portanto, de acordo com a minuta desta política para o município, a busca por alternativas que levem a um aumento de eficiência, de eficácia e, principalmente, à efetividade na oferta dos serviços de saneamento básico público é o objetivo principal desta oficina. Aqui, serão discutidas propostas de soluções sustentáveis e adaptadas a cada contexto, em conformidade com as diretrizes e princípios estabelecidos pela Política.

A fim de obter serviços e benefícios do governo federal, é necessário que as cidades evidenciem o entendimento das questões locais, bem como analisem e proponham as soluções mais apropriadas em termos técnicos, financeiros e sociais. É fundamental que haja a participação da sociedade, representada por diferentes grupos, em todo o processo de debate sobre os problemas relacionados aos serviços públicos de saneamento básico, desde a elaboração dos projetos até o acompanhamento de sua execução.

O **Produto H** elenca os parâmetros de desempenho; ele faz parte do Plano que visa facilitar a supervisão e monitoramento do desempenho dos programas e ações planejados pelo PMSB ao longo de sua implementação. O acompanhamento, monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saneamento Básico foram essenciais para aprimorar o Plano estratégico. Ao acompanhar o Desempenho do Plano, é possível confirmar se os objetivos e metas estabelecidos estão sendo alcançados ou se precisam ser ajustados de acordo com as mudanças no ambiente de planejamento. É importante ressaltar que os indicadores de desempenho fornecem apenas uma visão parcial da realidade. Por isso, é necessário verificar constantemente se estão alinhados com os objetivos propostos e complementados pela percepção da sociedade sobre a efetividade da política de saneamento municipal.

O **Produto I** apresenta o sistema para ajudar nas decisões relacionadas ao PMSB. Dentro do Programa PMSB, as informações foram coletadas e organizadas por meio de formulários que podem ser adquiridos por meio de coleta de dados nos próprios municípios ou preenchidos pela equipe com dados provenientes de diversas fontes, como SNIS e IBGE, entre outros. O software PMSBForm foi

desenvolvido com o objetivo de apresentar o funcionamento do programa, além de centralizar e controlar as informações processadas. Trata-se de um sistema criado para auxiliar nas decisões dentro do Programa PMSB, utilizando componentes de software aberto. O PMSBForm abrange todo o processo de manipulação de dados do programa, desde a inserção dos dados até a impressão do formulário, conforme o fluxo demonstrado em Figura. Como o PMSBForm foi implementado desde o início do projeto, nem todo o processo foi automatizado por completo. Portanto, a publicação no portal ainda é realizada de maneira manual. No que diz respeito ao acesso aos dados, o PMSBForm inclui funcionalidades que controlam o acesso de forma hierárquica, permitindo visualizações e alterações apenas em municípios específicos ou em todo o estado.

O programa PMSBForm foi desenvolvido para ser usado em um navegador de Internet, portanto segue a estrutura de programas online. Desta maneira, um usuário do navegador faz pedidos que foram interpretados pelo Servidor de Internet, que, quando preciso, se conecta ao Sistema de Gerenciamento de Banco de Dados (SGBD) e cria a página requisitada pelo usuário. Como ilustrado em Figura, o sistema PMSBForm possui um processo de alimentação de dados dividido em duas etapas. A primeira consiste no registro dos formulários contendo suas perguntas, enquanto a segunda etapa envolve o cadastramento das respostas coletadas durante a coleta de campo. Um exemplo é o registro de informações sobre adução de água bruta.

Portanto, dentro do contexto deste Plano, os artigos que o compõem devem ser vistos como ferramentas institucionais que visam alcançar os objetivos propostos e se destinam a organizar as ações do governo. Eles articulam um conjunto de projetos e ações que contribuem para um objetivo comum previamente estabelecido, buscando resolver um problema ou atender a uma necessidade ou demanda da sociedade. A realização deste Plano de Trabalho em parceria entre Secid/Uniselva/Funasa/UFMT para a elaboração conjunta do PMSB do município promoveu uma atitude proativa de cada entidade parceira e, para a UFMT, representou uma oportunidade de unir vários institutos e faculdades no acompanhamento das atividades e fornecer apoio para superar os desafios encontrados no município.

Destaca-se também a inserção da universidade no entendimento da realidade do município em suas diversas dimensões: sociais, econômicas, ambientais, recursos hídricos, urbanísticas e outras, envolvendo professores, pesquisadores, graduandos e pós-graduandos de diferentes áreas, sendo impactante nas atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação.

4.2- O Plano Municipal de Saúde de Santa Terezinha-MT

Ao falar de saúde é fundamental considerar aspectos no âmbito governamental, Estadual e também municipal, já que todas as propostas e ações realizadas na instancia micro são alinhadas com normativas maiores. Nesse contexto, destacam-se as ações propostas para a saúde do município de Santa Terezinha, Estado de Mato Grosso com vigência de 2021 a 2026, setor este, que compõe um dos focos desta pesquisa.

Duas décadas atrás, com a promulgação da Constituição de 1988, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS) que entre os seus princípios fundamentais, tem a descentralização das iniciativas de saúde e o seu caráter participativo. Essa característica é um marco significativo para o sistema de saúde pública, pois formaliza o reconhecimento de que os municípios têm a principal responsabilidade pela saúde da população (Brasil, 2004).

Em um país vasto como o Brasil, com diversas realidades regionais, a colaboração entre estados e municípios foi crucial para alcançar avanços positivos como a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) para 101 milhões de brasileiros bem como políticas de saúde bucal e ainda a implementação da Estratégia Saúde da Família, que já beneficia mais de 90 milhões de brasileiros (Brasil, 2004). Tais exemplos destacam a descentralização do SUS e a importância da colaboração entre os diferentes níveis de governo.

O Ministério da Saúde enfatiza que os prefeitos conscientes desempenham um papel crucial no desafio de garantir saúde de qualidade à população. Nesse sentido torna-se fundamental que o poder executivo municipal alinhe estratégias a curto, médio e longo prazo voltadas para a saúde por meio do Plano Municipal de Saúde.

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. A implementação e a gestão do SUS são, portanto, também obrigações das municipalidades, que devem trabalhar integradas às demais esferas de governo, na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde (Brasil, 2004, p. 10).

Além de atender às exigências formais estabelecidas pelas Leis 8.080/90, 8.142/90 e pela lei complementar 141/2012, a proposta de Saúde representa o compromisso do gestor com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). São ações que resultam de discussões entre os setores que compõem o Sistema Municipal de Saúde, baseando-se na análise de relatórios de gestão e outros documentos de referência.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) – Portaria GM/MS nº 648, de 28/3/06 (BRASIL, 2006b) – define a Atenção Básica (AB) como um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2004, p. 34).

Além da atenção básica as ações propostas para o município de Santa Terezinha apresentam os desafios enfrentados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) incluem a integração com a rede assistencial, o aumento da resolutividade e a capacidade de coordenar o cuidado⁴. Para lidar com esses desafios, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, conforme estabelecido na Portaria 154. O NASF não é uma entidade separada da Atenção Primária à Saúde; ele opera com base na territorialização, educação permanente em saúde, integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização.

Seu objetivo é expandir e aprimorar os serviços de saúde na ESF, superando abordagens fragmentadas e promovendo a construção de redes de atenção e cuidado, oferecendo suporte às equipes da ESF. A principal diretriz do SUS que deve ser seguida pelo NASF é a integralidade, refletida na atitude dos profissionais no atendimento aos clientes. Além disso, outras diretrizes orientam suas ações, como o foco no território de atuação, a educação em saúde da população, a interdisciplinaridade, a participação social na gestão, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde, buscando formas de vida mais saudáveis.

A proposta cita também a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde a qual é uma parte integrante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui um dos Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica na esfera da gestão. Esta abrange uma série de ações coordenadas entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de assegurar o financiamento e a

⁴ Vale considerar, no âmbito da estratégia de saúde da família que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 29,41 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 276,5 para cada 1.000 habitantes. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/santa-terezinha/panorama>.

distribuição dos medicamentos e insumos essenciais necessários para o tratamento dos principais e prioritários problemas de saúde na Atenção Básica.

Além disso, no município possui os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são unidades de saúde cadastradas no CNES, especializadas em diversos tratamentos dentários, incluindo diagnóstico, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. Eles complementam o trabalho das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, recebendo encaminhamentos de casos mais complexos.

O departamento de Vigilância Sanitária do município realiza inspeções regulares em estabelecimentos comerciais, residenciais e públicos. Através dessas atividades, é responsável pelo controle e fiscalização de diversos aspectos, como a Unidade de Saúde, programas de combate à dengue, controle da qualidade da água, questões ambientais e emissão de licenças e alvarás sanitários. Todas essas atribuições são realizadas em conformidade com as ações estabelecidas no Plano de Ação Pactuado da Vigilância em Saúde.

A Vigilância Epidemiológica é responsável por coordenar e manter registros atualizados de doenças e agravos à saúde. Este setor conta com profissionais de nível superior e desempenha diversas funções, incluindo a investigação de casos de HIV, tuberculose, hanseníase e outras doenças, além de oferecer suporte direto aos pacientes diagnosticados. Além disso, é responsável por manter organizados os registros locais de programas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema Nacional de Agravos de Notificações (SINAN), Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

A Vigilância Alimentar e Nutricional engloba atividades contínuas e regulares de observação, coleta e análise de dados e informações sobre as condições alimentares e nutricionais da população. Seu objetivo é fornecer subsídios para tomada de decisões políticas, além de auxiliar no planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas voltados para a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população. Essas ações são conduzidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A alimentação de dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é realizada pela nutricionista da Unidade Básica de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) deve ser a referência para o Sistema Único de Saúde (SUS). A redução das desigualdades em saúde existentes no País é o princípio que orienta o PNS, que tem por objetivo geral ampliar o acesso universal e igualitário da população a ações e serviços

de saúde de qualidade, oportunos e humanizados. Nesse sentido, o PNS orienta as ações do SUS em relação à atenção à saúde da população brasileira e gestão do sistema. No PNS, estão estabelecidos os objetivos, as diretrizes e as metas nacionais de saúde (Brasil, 2004, p. 30).

Com base na realidade apresentada, as ações propostas para a saúde da população de Santa Terezinha-MT, elenca diretrizes que são subdivididas por objetivos, sendo que em cada objetivo constam as metas para alcançar o que foi estabelecido. O quadro abaixo apresenta um resumo da proposta:

Tabela 1: Ações relacionadas à infraestrutura para o setor da saúde

DIRETRIZES	METAS
Reformar e ampliar as Unidades Básicas de Saúde.	Garantir o provimento de equipamentos e mobiliário adequados para qualificar os atendimentos prestados à população.
Buscar recursos junto ao Governo Federal para reforma. Pleitear junto as demais esferas de governo, a ampliação das parcerias na busca de mais recursos para o Município.	Realizar a reforma e adaptação do Hospital Municipal, Laboratório Municipal e Farmácia Básica.
Adequar infraestrutura para atendimentos de média e alta complexidade.	Fortalecer a Atenção Básica, com infraestrutura adequada, verbas para custeio e recursos humanos para melhorar a oferta de serviços à população e elevar os índices (pré-natal, vacinação, etc.)

Fonte: Elaborado pela Autora a partir de dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

Tabela 2: Ações relacionadas à atuação dos Agentes de Saúde

DIRETRIZES	METAS
Concluir e efetivar o mapeamento das áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde.	Realizar atividades de educação e saúde, com foco na prevenção de doenças crônicas e na garantia de maior qualidade de vida para as pessoas que já são portadoras destas doenças, incluindo ações direcionadas aos diversos tipos de ações para a promoção da saúde mental.
Atuação efetiva de agentes de Saúde na zona urbana e rural.	Garantir que toda a micro área na zona urbana e rural tenha agentes de saúde.
Estabelecer política de subsídio para atividades dos agentes de saúde.	Melhorar as condições de trabalhos dos agentes de saúde.

Fonte: Elaborado pela Autora a partir de dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

Tabela 3: Ações relacionadas à atuação e formação dos profissionais da saúde

DIRETRIZES	METAS
Promover capacitações permanentes para os servidores e profissionais da saúde.	Garantir a melhoria e a humanização do atendimento na rede de saúde pública, assegurando uma postura de atenção e cuidado que responda afetivamente à expectativa da população.

Fortalecer e promover capacitação permanente para os membros do Conselho Municipal de Saúde.	Garantir que todos os membros do Conselho Municipal de Saúde mantenham-se informados acerca de questões importantes inerentes à Saúde
Reestruturar a equipe multiprofissional.	Otimizar os processos para a realização de avaliação das cirurgias de Laqueadura e Vasectomia.

Fonte: Elaborado pela Autora a partir de dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

Tabela 4: Ações relacionadas à atuação da equipe multiprofissional

DIRETRIZES	METAS
Estruturar o Centro de Fisioterapia do município.	Aquisição de materiais e equipamentos que permitam o atendimento aos pacientes que necessitam de reabilitação.
Estruturar a farmácia básica do município.	Aquisição de material suficiente ao bom atendimento da população e capacitação permanente dos profissionais.
Viabilizar um veículo adaptado.	Realização de consultas odontológicas e médicas na zona rural.
Manter a regularidade do fornecimento de materiais odontológicos.	Ampliar o atendimento à população da zona rural e urbana.

Fonte: Elaborado pela Autora a partir de dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

Tabela 5: Ações relacionadas às doenças endêmicas

DIRETRIZES	METAS
Criar parcerias.	Possibilitar a análise segura e eficiente da qualidade da água fornecida à população na zona urbana e agrovilas do município.
Estruturar a equipe de endemias.	Aquisição de equipamentos de proteção individual.
Segurança aos agentes de endemias, melhorando estrutura de atendimento e as condições de trabalho.	Estabelecer política de subsídio para a atividade dos agentes de endemias.

Fonte: Elaborado pela Autora a partir de dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

Tabela 6: Ações relacionadas ao tratamento de doenças mentais

DIRETRIZES	METAS
Contratação de Psicólogo (a) clínico.	Realizar atendimento regular à população.
Contratação de um profissional da área da Psiquiatria.	Pleitear junto ao CISAX (Consórcio Intermunicipal de Saúde Araguaia-Xingu) a contratação de um profissional da área da Psiquiatria para atender a região.

Realizar mapeamento das pessoas com transtorno mental no município.	Regular as pessoas com transtorno mental no município para atendimento especializado, realizar acompanhamento e promover ações psicossociais e de inclusão ao convívio social e comunitário.
---	--

Fonte: Elaborado pela Autora com dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

Tabela 7: Ações relacionadas à melhoria das condições de trabalho

DIRETRIZES	METAS
Reestruturação das dependências da Secretaria Municipal de Saúde.	Realizar a reforma e reestruturação das dependências da Sec. Municipal de Saúde, de modo a garantir melhores condições de trabalho.
Melhorar as condições de trabalho das equipes nas Unidades de Saúde.	Manter a regularidade do fornecimento de materiais e medicamentos.
Ampliar o número de motoristas dos veículos da Secretaria de Saúde.	Garantir melhores condições de trabalho e otimizar os atendimentos à comunidade.

Fonte: Elaborado pela Autora a partir de dados disponíveis em:
<https://santaterezinha.mt.gov.br/administracao/plano-de-governo>.

É válido ressaltar que todas as metas descritas têm como período a vigência da proposta e indicador de 100%. As ações voltadas para a atenção básica e vigilância em saúde são as que mais constam objetivos. Destaca-se ainda que de acordo com a proposta, a avaliação dos sistemas de saúde é realizada por meio de relatórios, boletins fiscalizações e intervenções dos órgãos competentes,

reuniões e participação social, além de uma supervisão técnica da regional de saúde. Trata-se de uma abordagem de avaliação abrangente e estruturada envolvendo supervisão tanto local quanto regional.

As ações propostas para a saúde do município de Santa Terezinha-MT consistem, portanto, em uma política pública que evidentemente constitui-se em instrumento de trabalho, com vista à melhoria da qualidade de vida da população e conseqüentemente, do desenvolvimento social que aliado à Lei Municipal nº 697/GP/2017, a qual trata sobre a Política Municipal de Saneamento Básico, busca concretizar-se como um compromisso da gestão municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de inúmeros avanços históricos relacionados ao saneamento básico e consequentemente à saúde, seja no Brasil ou no mundo, a busca dos órgãos responsáveis pela institucionalização como estratégia de saúde pública, tem sido constantes desafios para de fato, consolidar a garantia da promoção à saúde coletiva.

No âmbito das considerações finais desta pesquisa, a qual teve o objetivo de investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT, faz-se necessário retomar às questões iniciais da investigação, quando se indagava sobre a existência de políticas públicas voltadas para a ampliação e modernização do saneamento básico municipal, descarte de esgoto não tratado, como estratégia para melhorar a qualidade de vida da população, bem como a existência de programa de Saúde da Família, no sentido de desenvolver ações práticas em saúde que minimizem os impactos causados pela precariedade dos serviços de saneamento básico.

Nessa perspectiva, levando em consideração a ideia de que muitos fatores influenciam a saúde e o bem-estar em uma comunidade, e muitas entidades e indivíduos na comunidade têm um papel a desempenhar na resposta às necessidades de saúde da comunidade, é indispensável a elaboração de políticas públicas que visem a manutenção e melhoria da saúde, sem perder de vista a aplicação adequada dos recursos financeiros.

Assim, considerando a hipótese dessa investigação, constatou-se a existência dessas políticas, tanto no setor de saneamento básico, quanto no setor de saúde, com visibilidades voltadas para a ampliação e modernização de ambos os setores. Todavia, ficou claro e evidente que a consolidação dos objetivos e metas previstos, é, em parte, inviabilizada pela inexistência de recursos financeiros.

Considerando que os problemas ambientais impactam cada vez mais na saúde da população, é primordial o desenvolvimento de políticas voltadas para a formação da consciência ambiental, incluindo o saneamento básico, como um elemento que influencia de maneira significativa, na qualidade de vida da população, bem como no equilíbrio ambiental.

Compreender as relações existentes entre saneamento, saúde pública e meio ambiente é indispensável no processo de implementação de políticas públicas em favor de toda e qualquer população. Assim, de acordo com o estudo e análise documental realizados, foi possível identificar que a proposta de ações pensadas para a saúde do Município de Santa Terezinha-MT, explicita o

produto de um processo democrático na formulação de políticas públicas e traz em seu teor, a ideia de um guia para a gestão da saúde do referido município durante o período de 2021 a 2026.

Trata-se, de uma proposta projetada para facilitar a implementação de estratégias interdisciplinares capazes de impactar positivamente a situação sanitária e epidemiológica, envolvendo diversos atores sociais interessados na melhoria da qualidade de vida e no desenvolvimento social da comunidade. No âmbito do planejamento dos dois setores (saneamento básico e saúde), ficou visível a relação existente entre as metas previstas em cada uma destas políticas, uma vez que os documentos pesquisados explicitam o estabelecimento de uma ordem de prioridades, além de apontar direcionamentos e adequações em cada ação.

Nessa direção, pode-se afirmar que foi providencial este estudo, dada a possibilidade de identificar os impactos do saneamento básico na qualidade de vida e saúde da população do município de Santa Terezinha-MT. Cada fase da implementação de ações reflete de maneira positiva e no caso do saneamento, foi possível constatar a existência de diversas fases de elaboração, as quais contaram com a participação efetiva da população, tanto urbana quanto rural, levando em consideração não apenas questões técnicas, mas também a opinião da comunidade.

Outro aspecto que merece destaque nessas considerações é que de acordo com os documentos ora pesquisados, é clara a ideia de que a saúde é considerada como um dos objetivos do saneamento básico e vice e versa. Desse modo, foi possível perceber que embora ambos possuam ações de caráter preventivo, necessitam, evidentemente, de recursos financeiros que sejam aplicados na prevenção de doenças e promoção da saúde, com ênfase na sustentabilidade, para assim contribuir de maneira efetiva, no alcance dos objetivos e metas propostos.

A análise do plano municipal de saúde, possibilitou identificar a preocupação com a segurança aos agentes de endemias, a melhoria na estrutura de atendimento e as condições de trabalho, fornecimento de materiais odontológicos e de farmácia, capacitação permanente dos profissionais e o bom atendimento à população. São, portanto, ações que minimamente representam direitos da população e devem ser consolidadas com eficácia.

Ao analisar as ações propostas no plano de saneamento básico, considera-se pertinente destacar que uma vez consolidadas tais diretrizes, o impacto sobre a saúde da população será absolutamente positivo. Isso porque o referido plano prevê o diagnóstico técnico acerca da infraestrutura de abastecimento de água, esgoto, manejo de águas pluviais e resíduos sólidos na cidade, de modo a identificar lacunas no acesso aos serviços. Nessa perspectiva, uma vez conduzidas de maneira eficaz, o risco de doenças diminui significativamente. Diante disso, é importante destacar

também, a importância do acompanhamento e monitoramento criteriosos dos Planos, no sentido de identificar a necessidade de ajustes.

Por fim, vale considerar que a ausência e ineficácia do saneamento básico em todo e qualquer localidade, impacta diretamente na saúde da população, tendo em vista a proliferação de doenças. Desse modo, cabe aos gestores, a busca pelo atendimento eficaz acerca das demandas da população, contribuindo assim, para o alcance das metas previstas e conseqüentemente, a garantia da qualidade de vida e saúde da população.

REFERÊNCIAS

- Alves, J. A. L (2001). *Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências*. Brasília, DF: Instituto Brasileiro Relações Internacionais.
- Antoniossi, E. M. J (2018). *Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. Universidade Aberta do Brasil, São João Del Rei.
- Batista, M (2012). *Manual do Saneamento Básico*. Brasil: Trata Brasil.
- Brasil. (2006). *Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde*. SUS: Avanços e Desafios. Brasília: CONASS.
- Brasil (1996). Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 14 maio. 2024.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicaodarepublica-federativa-do-brasil-1988>. Acesso em: 14 maio. 2024.
- Brasil (2014). *Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). *Manual do Saneamento Básico*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil. (1990). *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2014). *Ações e programas do SUS*. Brasília: Sistema Único de Saúde - SUS.
- Brasil (2000). *Sistema Único de Saúde: Princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

- Brasil (1997). *Parâmetros Curriculares Nacionais. Apresentação dos temas transversais e ética*. Brasília, v. 8.
- Brasil (2002). *Programa Saneamento Básico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem 2*. ed. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- Bravin, F. P. *Política e ação pública: Análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: UNB, 2008.
- Caoma/MPPI (2021). Centro de Apoio Operacional de Defesa ao Meio Ambiente. *Saneamento Básico*. Piauí: MPPI.
- Cardoso, H. F., Batista, M. N., Sousa, D. F. A., & Júnior, E. G. (2017). *Síndrome de burnout: Análise da literatura nacional entre 2006 e 2015*. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 17(2), 121-128. doi: 10.17652/rpot/2017.2.12796.
- Cardoso, I. M (2012). *Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições*. Saúde Social. V. 21. São Paulo.
- Carvalho, A.I (1996). Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.1, n.1:104-121.
- Cecin, R. B; Ferla, A. A (2014) *Educação permanente em saúde*. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> Acesso em março/2024.
- Delgado, P. G. G.; Gomes, M. P. C. & Coutinho, E. S. F (2001). *Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública.

- Demajorovic, J. Silva, H. C. O (2012). *Formação interdisciplinar e sustentabilidade em cursos de administração: desafios e perspectivas*. RAM, REV. ADM. MACKENZIE, V. 13, N. 5 • SÃO PAULO, SP • SET./OUT. p. 39-64 • ISSN 1518-6776 (impresso) • ISSN 1678-6971 (on-line). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ram/v13n5/v13n5a03>. Acesso em: 13/12/2023.
- Diniz, E. Boschi, R (2016). *Estado e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: CNPq, FAPERJ, INCT/PPED.
- Fadanni, D. Massola, U (2010). *Abordagem da educação ambiental nos anos iniciais em três escolas do município de Palmitos*. Unochapecó, Chapecó, SC. Disponível em: <http://www5.unochapeco.edu.br/pergamum/biblioteca/php/imagens/000070/00007070.pdf> >. Acesso em: 10/09/2023.
- Fernandes, P. D; Oliveira, K. K (2014). *Movimento Higienista e atendimento à criança*. Disponível em: <https://simposioregionalvozesalternativas.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/11/priscila-movimento-higienista-e-o-atendimento-c3a0-crianc3a7a.pdf>. Acesso em: outubro de 2023.
- Lemos, F. C. O; Vasco, D. S (2012). *Alguns percursos históricos entre o higienismo e a medicalização na atenção à infância e às famílias*. Revista do Difere. v. 4, nº 2.
- Fleury, S. Ouverney, A. M. *Política de Saúde: uma política social*. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., Carvalho, A. I (2012). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 25-57. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0004>. Acesso em: 10/10/2023.
- Freire, P (1999). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Geremia, D. S., Almeida, M. E (2021). *Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde* [online]. Chapecó: Editora UFFS, 392 p. ISBN: 978-65-86545-54-8. <https://doi.org/10.7476/9786586545562>. Acesso em: 10/09/2023.

- Gil, A (1996). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Leriano, J. S. Zaiaz, P.C.L, Borges, A.P (2019). *Processo de trabalho: percepção da equipe de saúde da família*. Rev enferm UFPE on line;13: e 240566.
- Gois J. E. et al (2012). *Movimento higienista e processo civilizador: Apontamentos metodológicos*. UNICAMP FEE: Campinas.
- Giovanella, L. (org.) (2012). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Lazarini, F. M. (2012). *Tendência e características da epidemia de aids em um município de grande porte do sul do Brasil: 1986 a 2008*. Dissertação de Mestrado. Londrina. <https://pos.uel.br/saudecoletiva/teses-dissertacoes/tendencia-e-caracteristicas-da-epidemia-de-aids-em-um-municipio-de-grande-porte-do-sul-do-brasil-1986-a-2008/> Acesso em: novembro/2023.
- Loureiro, C. F. Layrargues, P. P. Castro, R. S (orgs.) (2009). *Repensar a educação ambiental: um olhar crítico*. São Paulo: Cortez.
- Magalhães, D. F (2021). *Políticas públicas de saúde*. Brasília: ENAP.
- Marcatto, C (2002). *Educação ambiental: conceitos e princípios*. Belo Horizonte: FEAM.
- Milaré, E (2011). *Direito do ambiente: a gestão ambiental em foco*. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Nascimento, E. P. Amazonas, M. Vilhena, A (2013). *Sustentabilidade e interdisciplinaridade: inovações e desafios dos programas de pós-graduação em Ambiente e Sociedade*. O caso do Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília. RBPG, Brasília, v. 10, n. 21, p. 665 – 695. <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/viewFile/417/348>. Acesso em: 12/06/2023.

- Nunes, E. D. (2008). *Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21.
- Oliveira, J. M. A. M. (2014). *Educação em saúde: Do campanhismo à saúde da família*. Historiografia da educação brasileira e história comparada, nº. 05.
- Osaki, M. Pustiglione, M (2019). *Proposta de metodologia para ações de qualidade de vida no trabalho em serviços de saúde*. Rev. Adm. Saúde (On-line), São Paulo, v. 19, n. 74, jan. – mar. 2019, Epub 05 fev. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.74.153>. Acesso em: 10/09/2023.
- Osmo, A. (2015). *O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição*. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218.
- Paim, J. et al. (2011). *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. TheLanced Series. Mai.
- Paulina, V. P. et al. (2012). *Ações de Educação Permanente no Contexto da Saúde da Família*. Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro.
- Peixoto, A. L. A. et al. (2021). *Saneamento Básico: direito de todos? Uma breve análise*. Campos dos Goytacazes/RJ – ano XIX, n.70, set.-dez.
- Pereira, E. F; Teixeira, C. S; Santos, A. (2012). *Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação*. Revista brasileira de educação física e esporte, v. 26, p. 241-250.
- Rios, M. O. Nascimento, M.A.A. (2018). *Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: (des)articulação das relações entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários*. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1078/4122>.

- Lima, E. B. N. R. Filho, P. M. Moura, R. M. P (2018). *Plano Municipal de Saneamento Básico: Santa Terezinha-MT*. Cuiabá-MT: EdUFMT.
- Sarreta, F.O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Seidl, E. M. F; Zannon, C. M. L. C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de saúde pública, v. 2, pág. 580-588.
- Silva, F. R. (2019). *O saneamento básico e seus reflexos na saúde pública para a população urbana de Buritis-MG*. Universidade de Brasília-UnB.
- Silva, H. M. (1996). *A política pública de saúde no Brasil: Dilemas e desafios para a institucionalização do SUS*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Silva, M. J. S. et al. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290102, 2019.
- Silva, P. N. et al. (2018). *Saneamento e Saúde: Saneamento: entre os direitos humanos, a justiça ambiental e a promoção da saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Slivinski, C. T. (2019). *Saúde pública e saúde coletiva*. Ponta Grossa (PR): Atena Editora.
- Smanio, G. P.; Bertolin, P. T. M. (2013). *O Direito e as Políticas Públicas no Brasil*. São Paulo: Editora Atlas.
- Sorrentino, M. Trajber, R. Mendonça, P. Júnior, L. A. F. (2005). *Educação ambiental como política pública*. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 285-299, maio/ago.
- Souza, I. P. L; Jacobina, R. R. (2010). *Educação e Saúde e suas versões na História Brasileira*. Revista Baiana de Saúde Pública. V. 33. N. 4.

Souza, R. R. de; et al. (2002). *O Sistema Único de Saúde Brasileiro*. São Paulo: Ministério da Saúde.

Teixeira, C. (2011). *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Bahia: Conferência Municipal e Estadual de Saúde.

Vargas, J. D. (2008). *Histórias das Políticas de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Essex.

Vieira, P. S; Furtado, R. P. (2014). *A política Nacional de Educação Permanente em Saúde: As orientações dos discursos oficiais*. UFG. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/258/o/A_pol_tica_nacional_de_educacao_permanente_em_sa_de-as_orientacoes_dos_discursos_oficiais.pdf. Acesso em: fevereiro de 2024.

ANEXO I

Santa Terezinha-MT, 25 de maio de 2022

A

Ilmo Senhor

Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Solicitação de documentos para pesquisa de mestrado.

Tendo em vista a execução do Mestrado, eu Andréa Simsen Siqueira, mestranda em Saúde Pública pela Logos University International, solicito de V.S^a a gentileza de disponibilizar o plano municipal de saúde do município para a realização de pesquisa acerca do referido documento, para compor os resultados da pesquisa de mestrado intitulada: “Saneamento Básico, Meio Ambiente e Saúde Pública: relações existentes”, com o objetivo de investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT, dada a necessidade da manutenção de um meio ambiente equilibrado, com condições favoráveis à saúde e bem-estar da população.

Atenciosamente,

Andréa Simsen Siqueira

Secretária Municipal de Saúde

Santa Terezinha - MT

ANEXO II

Santa Terezinha-MT, 25 de maio de 2022

A

Ilmo Senhor

Secretário Municipal de Meio Ambiente

Assunto: Solicitação de documentos para pesquisa de mestrado.

Tendo em vista a execução do Mestrado, eu Andréa Simsen Siqueira, mestranda em Saúde Pública pela Logos University International, solicito de V.S^a a gentileza de disponibilizar o plano municipal de saneamento básico do município para a realização de pesquisa acerca do referido documento, para compor os resultados da pesquisa de mestrado intitulada: “Saneamento Básico, Meio Ambiente e Saúde Pública: relações existentes”, com o objetivo de investigar acerca das relações diretas e indiretas existentes entre os serviços de saneamento básico e a saúde pública no município de Santa Terezinha-MT, dada a necessidade da manutenção de um meio ambiente equilibrado, com condições favoráveis à saúde e bem-estar da população.

Atenciosamente,

Andréa Simsen Siqueira

Secretária Municipal de Meio Ambiente

Santa Terezinha – MT