



SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA PARA OS POVOS E POPULAÇÕES TRADICIONAIS

FRANCO, Rodrigo Ceregatti¹

FEDOCCI, Cindy Carolina Benedetti²

FREITAS, Lucas Pereira da Silva³

MARIOSIA, Duarcides Ferreira⁴

RESUMO

Fundamentado nas experiências e produção acadêmica do Grupo de Pesquisa Biotupé, que atua na Reserva de Desenvolvimento do Tupé, Manaus, Amazonas, desde 2001, o presente texto tem por objetivo apresentar um estudo de reflexão teórica, de base documental, apoiado na leitura de documentos selecionados por sua relevância e importância para a compreensão do conceito de direito à saúde, quando problematizado à luz de questões envolvendo povos e populações tradicionais em áreas ambientalmente protegidas. Se no espaço urbano, a proximidade entre as pessoas, a concentração de recursos humanos, materiais e financeiros e a velocidade e intensidade da troca de informações permitem que o direito de acesso à saúde seja efetivado em melhores condições de qualidade e quantidade que em espaços rurais, áreas de floresta ou em reservas ambientais, por sua vez, em áreas isoladas, de difícil equilíbrio biótico, geológico ou hidrológico, povos e populações tradicionais mostram-se vulneráveis em um amplo espectro de garantias sociais e direitos constitucionais, particularmente no que se refere ao direito de acesso à saúde. Na contiguidade de espaços compartilhados por grupos populacionais tradicionais e não tradicionais, especialmente em áreas protegidas periurbanas, como a da Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé em relação a Manaus, as situações de vulnerabilidade e de impacto socioambiental se apresentam com grande intensidade e persistência. Ao enfatizar a incompatibilidade existente em áreas protegidas entre preservar os modos de existência de povos e populações tradicionais e garantir o acesso integral à saúde como direito de cidadania, o artigo não propõe uma solução, mas diante da precariedade dos equipamentos e serviços oferecidos na área da reserva, indaga sobre uma realidade que deveria se estruturar de outro modo, isto é, na confluência dos objetivos de preservação, sustentabilidade e qualidade de vida, valorizando o conhecimento local mas também proporcionando o acesso destas pessoas aos direitos de cidadania, especialmente o de acesso à saúde.

Palavras Chave: Direito à Saúde, Sustentabilidade, Povos Tradicionais.

¹ Bacharelando em Ciências Sociais. Pesquisador em nível de Iniciação Científica, bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas. E-mail: rcfranco23@yahoo.com.br

² Bacharelanda em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas. E-mail: cindycbenedetti@hotmail.com.

³ Licenciando e Bacharelando em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas. E-mail: lucaspsfreitas@hotmail.com

⁴ Doutor em Sociologia, Investigador Integrado ao Centro de Investigações OBSERVARE da Universidade Autónoma de Lisboa - UAL, E-mail: dmariosa@autonoma.pt.



HEALTH AS A RIGHT OF CITIZENSHIP FOR THE TRADITIONAL POPULATIONS

ABSTRACT

Based on the experiences and academic production of the Biotupé Research Group, which operates in the Tupé Development Reserve, Manaus, Amazonas, since 2001, the present text aims to present a study of theoretical reflection, based on documents, supported in the reading of documents selected for their relevance and importance for understanding the concept of the right to health, when it is problematized in the light of issues that involve traditional peoples and populations in environmentally protected areas. If in the urban space, the proximity between people, the concentration of human, material and financial resources and the speed and intensity of the exchange of information allow the right of access to health to be carried out in better conditions of quality and quantity than in rural areas, areas of forests or in environmental reserves, in turn, in isolated areas of difficult biotic, geological or hydrological balance, especially traditional peoples and populations are vulnerable in a broad spectrum of social guarantees and constitutional rights, particularly as regards refers to the right of access to health. In the contiguity of spaces shared by traditional and non-traditional population groups, especially in peri-urban protected areas, such as the Tupé Sustainable Development Reserve in relation to Manaus, situations of vulnerability and socio-environmental impact are presented with great intensity and persistence. By emphasizing the existing incompatibility in protected areas between preserving the modes of existence of traditional peoples and populations and guaranteeing full access to health as a right of citizenship, the article does not propose a solution, but in the face of precariousness of the equipment and services of health offered in the reserve, inquiries about a reality that should be structured differently, that is, at the confluence of the objectives of preservation, sustainability and quality of life, valuing local knowledge, but also providing access for these people to citizenship rights, especially access to health.

Keywords: Health as a Right, Sustainability, Traditional Populations

INTRODUÇÃO

As reflexões e os encaminhamentos propostos neste texto fundamentam-se nos estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Biotupe. O Biotupé é formado por pesquisadores, professores e estudantes, com as mais diversas formações acadêmicas, institucionalmente apoiados pelo Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), e que desde 2001 desenvolvem projetos científicos na Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé (REDES do Tupé).

Localizada na Amazônia brasileira, à margem esquerda do Rio Negro, a REDES do Tupé é uma área de proteção ambiental inscrita na zona rural de Manaus, oficialmente criada pelo Decreto Municipal n°. 8044, de 25 de agosto de 2005. Com cerca de 12.000 hectares de área, mesmo territorialmente espaçosa são poucos os moradores fixos no perímetro da reserva. Algo em torno de 1800 pessoas, distribuídas em seis núcleos comunitários, sendo cinco de comunidades ribeirinhas



(Tatulândia, São João do Tupé, Julião, Livramento e Agrovila) e uma de assentamento rural (Central). Por força da legislação que ali vigora, morar e viver em uma área de preservação ambiental tem para estas pessoas imperativos diferentes das que se aplicam a populações situadas em áreas não protegidas.

A lei nº 9985/2000, que regulamenta o art. 225, § 1º, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal e institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza, no Art. 20, indica que uma Unidade de Conservação do tipo “Reserva de Desenvolvimento Sustentável” é uma área natural que abriga populações tradicionais, cuja existência baseia-se em sistemas sustentáveis de exploração dos recursos naturais, desenvolvidos ao longo de gerações e adaptados às condições ecológicas locais e que desempenham um papel fundamental na proteção da natureza e na manutenção da diversidade biológica (BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 2000). Neste contexto, a Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé – REDES do Tupé, conforme o Decreto Municipal nº. 8044 que a criou, tem como objetivo, além de preservar o ambiente natural, garantir as condições e os meios necessários para a reprodução, melhoria da qualidade de vida de seus moradores e dos modos de exploração dos recursos naturais trazidos pelas populações tradicionais, valorizando, conservando e aperfeiçoando o conhecimento e as técnicas de manejo dos recursos naturais por elas desenvolvidos (MANAUS, 2005).

Entre as muitas possibilidades e definições encontradas na literatura, Rinaldo Arruda (1999, p. 92), refere-se às populações tradicionais como “grupos humanos culturalmente diferenciados que historicamente reproduzem seu modo de vida, de forma mais ou menos isolada, com base em modos de cooperação social e formas específicas de relações com a natureza, caracterizados tradicionalmente pelo manejo sustentado do meio ambiente”. Esta definição, continua o autor, abrange tanto os “povos indígenas quanto os segmentos da população nacional que desenvolveram modos particulares de existência, adaptados a nichos ecológicos específicos”. Exemplos de populações tradicionais são, assim, “as comunidades caiçaras, os sitiantes e roceiros tradicionais, comunidades quilombolas, comunidades ribeirinhas, os pescadores artesanais, os grupos extrativistas e indígenas”. Já entre as populações não-tradicionais, estariam, para o autor, “os fazendeiros, veranistas, comerciantes, servidores públicos, empresários, empregados, donos de empresas de beneficiamento de palmito ou outros recursos, madeireiros, etc.” que, embora, muitas vezes vivendo no mesmo espaço protegido que as populações tradicionais não recebem o amparo legal para suas atividades, direitos específicos a recursos da biodiversidade ou possibilidade de uso e reforço do conhecimento e dos saberes locais.

Objetivo Geral

Grupos vulneráveis são os contingentes populacionais de uma sociedade que se encontram enfraquecidos, incapacitados ou mesmo impossibilitados de atender por si mesmos suas necessidades ou de fruir das conquistas sociais e dos benefícios de cidadania que o Estado deve garantir, indistintamente, a todos os seus cidadãos (AYRES et al., 2006; DE LANGE et al., 2010). Na contiguidade de espaços compartilhados por grupos populacionais tradicionais e não tradicionais, especialmente em áreas protegidas periurbanas, como a da REDES do Tupé em relação a Manaus,



situações de vulnerabilidade se apresentam com grande intensidade e persistência. Nesta comunicação, mediante recursos epistemológicos, conceituais e metodológicos das Ciências Sociais e das Ciências Sociais Aplicadas, reflete-se teoricamente sobre o direito à saúde como um direito humano fundamental, delimitando as discussões sobre a sustentabilidade de tal direito quando aplicado a povos tradicionais e/ou populações vulneráveis residentes em áreas ambientalmente protegidas.

Objetivos Específicos

Três momentos distintos sustentam essa reflexão teórica: o direito à saúde como direito fundamental de cidadania; o direito à saúde sob a perspectiva do ciclo de vida das políticas públicas e as possíveis condições de sustentabilidade desta política; e a saúde como direito de cidadania para os povos e populações tradicionais em áreas ambientalmente protegidas.

Metodologia

Trata-se de um estudo de reflexão teórica, de base documental, apoiado na leitura de documentos selecionados por sua relevância e importância para a compreensão do conceito de direito de acesso à saúde, quando problematizado à luz de questões envolvendo a vulnerabilidade dos povos e populações tradicionais e nos estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Biotupe. Para maior clareza da exposição o texto foi dividido em três partes. Inicia-se com as reflexões acerca da saúde enquanto um direito de cidadania e sua efetivação a partir do Sistema Único de Saúde. Estando este inserido no modelo econômico vigente, pensa-se a partir de leituras no campo da sustentabilidade, a garantia de sua efetivação. Apresenta-se em seguida as condições de acesso à saúde para os povos e populações tradicionais na REDES do Tupé, para, então, discutir o papel dos profissionais das Ciências Sociais e do Serviço Social em garantir sua efetividade não apenas centrada no cuidado com o corpo, mas na atenção ao indivíduo. Por fim, para se pensar a garantia do direito à saúde em comunidades cuja reprodução da vida social difere dos valores propagados pelo modelo ocidental, propõe-se uma reflexão acerca de conceito de curadoria enquanto perpetuação dos saberes historicamente constituídos, visando a manutenção das tradições e da vida local, sendo papel do SUS a efetivação do acesso ao direito integral à saúde, preconizado pela Constituição de 1988 e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

A SAÚDE COMO DIREITO E SUSTENTABILIDADE

O Estado brasileiro está constitucionalmente organizado de forma republicana e democrática. Sob a perspectiva republicana vigora o princípio da isonomia legal. Ninguém, qualquer que seja sua condição ou status econômico, cultural e social, pode estar fora, acima ou abaixo do que prescreve o ordenamento jurídico. Na perspectiva democrática, por sua vez, a legitimidade resulta do consenso estabelecido entre grupos, classes ou posições, cujo status econômico, cultural ou social encontra-se diferenciado ou hierarquicamente desigual em relação ao acesso e desfrute dos recursos socialmente produzidos (FIUZA; COSTA, 2007). Para resolver esta situação aparentemente contraditória, o conjunto de direitos de cidadania, ou seja, aqueles que permitem acesso às liberdades de natureza



civil e política e aos recursos econômicos e sociais necessários e disponíveis à população, estão assegurados no texto constitucional e socialmente reconhecidos a partir de políticas públicas e/ou sociais específicas nas ações e práticas de governo (DI GIOVANNI, 2008).

Dentre os recursos econômicos e sociais cujo acesso é garantido constitucionalmente no Brasil, está o direito à saúde. O direito à saúde consta da Constituição de 1988, que seguindo orientação propugnada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe em seu Art. 196, 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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2014). O texto da Constituição de 1988, nos termos de Estado Democrático de Direito, compreende questões ligada à cidadania, dignidade e soberania popular, com destaque para o significado de saúde, enquanto condições de trabalho, moradia, educação, lazer e acesso à serviços, em geral, escassas em áreas longínquas dos grandes centros urbanos (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). De modo que a garantia do direito à saúde estende-se, também, na garantia de outros direitos, tais como, à privacidade, à igualdade, à liberdade, o direito à vida, ao ambiente, à moradia, à educação e assistência social, entre outros tratados no texto da Lei.

Na confluência, dinamismo e interação dos domínios ambiental, econômico e social aflora a necessidade de debater conceitualmente a noção de sustentabilidade processual da saúde (JACOBI, 2003).

A primeira questão quando diferentes setores sociais tratam sobre a extensão dos direitos à saúde é seu custo econômico. Como saúde é um bem cuja manutenção demanda investimentos contínuos e de alto valor, têm-se discursos que insistem na privatização dos serviços, sua redução ou delimitação sociodemográfica e, com isso, dificultando, sob diferentes formas, o acesso para os econômica e ambientalmente mais frágeis (DA SILVA, 2012).

Quanto às dimensões social e ambiental da sustentabilidade da saúde, diante das questões emergentes na atualidade, Amélia Cohn propõe uma discussão para o campo da saúde que se debruce sobre “a nova lógica de relação entre o público e o privado [...], e sua articulação com o processo de acumulação do capital na contemporaneidade”(COHN, 2013, p. 234). A seu ver, a contraposição entre escassez de recursos e desenvolvimento pode ser mitigada ao se adotar uma postura sustentável frente ao problema analisado. Todavia, a garantia do direito à saúde aplicada à realidade de povos tradicionais, em áreas isoladas ou de difícil acesso apresenta diversas questões próprias, particularmente as que se referem, de um lado, ao alto custo da estrutura operacional a ser disponibilizada, e, de outro, os direitos de acesso à saúde a que fazem jus (MEDEIROS, 2006). Estudando-se a realização desta demanda a partir de ações estadocêntricas, tem-se no Sistema Único de Saúde - SUS um importante instrumento para o processamento dos problemas relativos à saúde da população brasileira (SECCHI, 2010).

Regulamentada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica do SUS teve entre os seus principais desafios garantir o direito à saúde a partir de uma herança nacional em que o Estado provedor de saúde era confundido com o Estado produtor de serviços públicos estatais de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Anterior à Constituição de 1988, o acesso aos



serviços de saúde era restrito ao trabalhador formal, de “cidadania regulada”; e a política de saúde elaborada por tecnocratas, preocupados com a organização e o financiamento dos serviços ao invés de sua garantia e especificidade em relação às necessidades da população, ou saber se eram coerentes com a diversidade geográfica cultural e étnica, típica da situação brasileira (GUIZARDI et al., 2014). Com isso, a implantação do SUS efetivou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, contemplado pela realização de atendimentos que vão desde a Atenção Básica de Saúde, oferecida nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, até os atendimentos de alta complexidade, realizados em unidades hospitalares especialmente construídas para este fim, e ações de prevenção aos agravos, controle e fiscalização de medicamentos e monitoramento epidemiológico (PAIM; SILVA, 2010).

O SUS é entendido como uma conquista popular, de herança das reformas sanitárias de 1970, que visava garantir a integralidade do acesso à saúde. Ou seja, integralidade enquanto a ótica no problema humano e não na otimização do processo (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Entretanto, as consolidações dessas conquistas encontram-se ameaçadas diante do crescimento de medidas que favorecem a privatização dos serviços, os quais reforçam o entendimento da saúde como uma mercadoria (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Nesta reflexão, entende-se a garantia da integralidade deste direito enquanto garantia de um direito de “quarta geração”, ou seja, enquanto configuração de políticas específicas, tal qual a que orienta o SUS. Para que esta integralidade ocorra sem vazios sociodemográficos, é necessária a articulação do atendimento à saúde na forma de redes, cuja composição e lógica de funcionamento ficam, entretanto, fortemente relacionadas, como sugere Cohn (2013, p. 221), “à mobilização de capital e tecnologia”. Para tal, concebe-se sua abordagem enquanto perspectiva sustentável, ou seja, conceito aplicável a sistemas com necessidade de medidas pró-ativas, conforme pontua Sartori, Latrônico e Campos (2014, p. 11). Sustentabilidade neste sentido não deve ser compreendida enquanto estágio social, leitura clássica aplicada ao tripé Econômico, Ambiental e Social (DE OLIVEIRA et al., 2012, p. 71; NASCIMENTO, 2012, p. 64; SARTORI; LATRÔNICO; CAMPOS, 2014, p. 3), nem tampouco enquanto indicadores isolados (MIKHAILOVA, 2004) ou como uma questão de visão de gestão, de planejamento estratégico (SARTORI; LATRÔNICO; CAMPOS, 2014), mas talvez como sugere Boff (2017), enquanto noção de unidade, do deslocamento do eixo do desenvolvimento para o da sustentabilidade, de uma sociedade sustentável, autônoma, que supere seus problemas sociais, com cidadãos participativos que tornem concreto o princípio da democracia, previstos, por exemplo, na participação popular nos Conselhos de Saúde, organizados para gerir as políticas de atendimento à saúde do SUS.

AS CONDIÇÕES DE ACESSO À SAÚDE PARA OS POVOS E POPULAÇÕES TRADICIONAIS NA REDES DO TUPÉ

Notadamente, no âmbito das Ciências Sociais e das Ciências Sociais Aplicadas, discute-se a garantia e efetivação do direito à saúde em particular a partir do Sistema Único de Saúde enquanto política pública de caráter universal, integral e equitativa (DA SILVA, 2012). A importância de políticas públicas na área da saúde, quando relacionada à vulnerabilidade de povos e populações



tradicionais, inclui avaliar as condições ambientais diferenciadas em que se desenvolve. No espaço urbano, a proximidade entre as pessoas, a concentração de recursos humanos, materiais e financeiros e a velocidade e intensidade da troca de informações permitem que o direito à saúde seja efetivado em melhores condições de qualidade e quantidade que em espaços rurais, áreas de floresta ou em reservas ambientais. Em áreas isoladas, de difícil equilíbrio biótico, geológico ou hidrológico, especialmente povos e populações tradicionais, todavia, apresentam-se igualmente vulneráveis em um amplo espectro de garantias sociais e direitos constitucionais, particularmente no que se refere ao direito à saúde (VELHO, 1995).

Ora, em toda a área da REDES do Tupé o atendimento de saúde à população é oferecido de modo precário, unicamente na forma de atenção primária, constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Controle de Endemias. Níveis de atenção intermediária ficam a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais, todos localizados na área urbana de Manaus.

Os equipamentos de saúde não estão adequadamente distribuídos no território. Na Comunidade Livramento fica localizada a UBS (Posto de Saúde Rural Nossa Senhora do Livramento), responsável ainda pelo atendimento das comunidades Agrovila e Julião. Na UBS é possível o atendimento básico em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem, Odontologia e Programas de Assistência Social, mas de forma restrita e insuficiente. A equipe de profissionais é composta por 02 médicos, 03 técnicos de enfermagem, 02 dentistas, 02 agentes de saúde bucal, 06 agentes comunitários de saúde e 03 agentes de endemias, responsáveis pela prestação de inúmeros serviços, tais como: acolhimento, acompanhamento de programas sociais, aferição da pressão arterial e glicemia, atendimento a urgências básicas, consulta médica e de enfermagem, consulta odontológica, curativo, controle de malária e leishmaniose, educação em saúde, imunização (vacina), inalação, planejamento reprodutivo, visitas domiciliares, exame dermatológico, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Ao invés de plantonistas, em cada comunidade há apenas um agente comunitário de saúde responsável pelo atendimento de urgência à população, atendimento este que se complementa com a equipe reduzida de profissionais, que atendem de segunda a sexta na comunidade Livramento; nas quartas-feiras na comunidade Agrovila e nas quintas-feiras na comunidade Julião. Quanto às comunidades da REDES do Tupé, Tatulândia e São João do Tupé, o atendimento é feito pelo Posto de Saúde Fluvial, unidade itinerante da Secretaria Municipal de Saúde que acolhe à população ribeirinha nos mesmos moldes, equipamentos e recursos humanos que a unidade de saúde do Livramento, mas com periodicidade errática, devido a problemas com a manutenção dos equipamentos e barco, pessoal reduzido e da sazonalidade dos níveis de água dos rios nos locais de acesso às comunidades.

POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE PARA OS POVOS E POPULAÇÕES TRADICIONAIS



No plano das Ciências Sociais Aplicadas, a atuação do Assistente Social, por exemplo, ocorre também de modo a promover e/ou efetivar a garantia do direito à saúde. Para esta atuação, em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (CFESS, 2010 p.30) definiu entre os parâmetros para o Trabalho do Assistente Social as demandas para a área da saúde, orientando-os para “estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS”, de modo que possam “conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença” e, assim, “facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais”. A tarefa não é simples, pois implica construir espaços, articulando com outros profissionais de saúde, com o intuito de fortalecer a participação destes e da população nas decisões que serão tomadas sobre assuntos de relevância para suas necessidades, assessorar movimentos sociais e conselhos para fortalecer a participação da população, bem como viabilizar para que seja efetuado o controle, fiscalização e elaboração das políticas de saúde aprofundando desta forma os direitos já adquiridos.

Ao examinar as condições locais pelo viés da garantia ao direito à saúde compreende-se estabelecer relações que entrelaçam “características intrínsecas (perfil demográfico e estilo de vida) e extrínsecas (localização geográfica, acesso aos serviços de saúde e a influência de centros urbanos mais dinâmicos)” (MARIOSIA; FERRAZ; SANTOS-SILVA, 2018, p. 1426). Análises que compreendem regiões de reduzida infraestrutura, cuja garantia de equidade e integralidade de acesso à serviços e a atenção à saúde se tornam um desafio, tem-se um perfil específico de trabalho do profissional para a garantia da manutenção da vida social desta população. Deste modo, o profissional do Serviço Social tem como objeto da intervenção profissional a questão social, onde deve identificar as determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

Por força constitucional, o sistema público de saúde no Brasil deve se fazer presente igualmente em regiões de menor densidade populacional, assegurando mecanismos e formas de prevenção, controle e redução de fatores de risco, tais como entendido em problemas crônicos, como a diabetes, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer, etc., associadas, por exemplo, ao estilo de vida moderno, “como o sedentarismo, o consumo de alimentos com alto teor de gorduras e açúcares, o tabagismo, a ingestão excessiva de álcool, o sobrepeso e obesidade, níveis alterados de pressão arterial e hiperglicemia” (MALTA et al., 2014).

A compreensão da garantia do direito à saúde deve, então, ser aplicada de modo específico em áreas isoladas a partir de estudos que compreendam suas particularidades, como sugerido por Secchi (2010), que assevera que nem toda iniciativa de identificação do problema é monopólio de atores estatais, cabendo a diversos atores a leitura dos diversos instrumentais analíticos referentes à região. Por sua vez, a compreensão da sustentabilidade do modelo brasileiro de garantia de acesso à saúde, em áreas isoladas enfrenta outra questão: sua compreensão não pode ser estática uma vez que ocorre em diversos níveis. Há impasses na sua garantia uma vez que “regiões diferentes não se utilizam dos mesmos indicadores, dados não são coletados uniformemente”(SARTORI; LATRÔNICO; CAMPOS, 2014, p. 6). Neste sentido a pesquisa encoraja uma leitura ampliada de sustentabilidade social, amparada em mudanças qualitativas da perspectiva humana sobre as questões ambientais tal qual uma visão dependente de dados objetivos e provas científicas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na saúde, o objeto de trabalho tem um sentido restrito, pode ser considerada a intervenção sobre o corpo, mas, em uma concepção ampliada pode ser a produção do cuidado, assim, quando a situação de saúde do usuário permite, o paciente “corpo” deixa de ser um objeto e passa a ser um protagonista relevante na produção do cuidado.

Essa mudança de atitudes se faz necessária, uma vez que processos políticos e econômicos podem ser agenciados também na esfera de relações individuais. Lima (2003) acredita que a educação para a sustentabilidade desenvolvida sob o signo de mercado “promete muito e realiza pouco”. Pensar na questão da saúde enquanto um direito social é buscar refletir sobre a garantia desta igualdade de condições, a partir de uma sociedade mais equitativa, cabendo aos cidadãos o esforço da educação das gerações vindouras para este modelo social almejado.

Boff (2017) alerta sobre a necessidade de se incorporar preocupações sobre o local onde se vive e estimular mudanças na perspectiva humana sobre questões ambientais. Para tanto, é necessário refletir sobre o percurso tomado historicamente a partir da ideia do desenvolvimento pautado no sistema econômico vigente, propagador de desigualdades. Tomando-se por referência a garantia das liberdades individuais, percebe-se que enquanto uns usufruem mais para viver, outros ficam desamparados. Essa desigualdade estruturalmente perpetuada pode ser mitigada, a partir da integração das dimensões da vida individual e social, identificando-se com princípios democráticos e participativos, tendo na sociedade civil organizada o papel predominante no processo de transição para este modelo de sustentabilidade social.

Propõe-se, ainda, que a interlocução entre profissionais e sociedade, a partir da criação e participação em conferências e conselhos, possa devolver ao cidadão seu protagonismo social. A finalidade desta transformação visa garantir a extensão da discussão para outros ambientes sociais. Sugere-se que este paradigma poderia ser incorporado à filosofia dos profissionais que trabalham com questões de saúde da população, levando sua ação conscientizada também pelo viés cultural, ou seja, a partir da compreensão da reprodução da vida social, na redução de problemas ligados a um estilo de vida não comportado na herança cultural de povos tradicionais. Por entender ser essa uma mudança qualitativa, pensar que a ação coletiva poderá influir no processo de gestão, levando em última instância a uma mudança lenta, porém gradual do aparato estrutural. Neste sentido, após sua consolidação, pode-se entender a sustentabilidade da garantia do direito à saúde a partir do paradigma de Brown Weiss, ou seja, livre da noção de desenvolvimento (WEISS, 1992). Esse princípio denominado “curadoria” entende a perpetuação de um legado, que visa a manutenção e a reprodutibilidade de uma vida social sustentável. O que condiz com a condição socioambiental, econômica, social, cultural e política das populações e povos tradicionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ARRUDA, R. " Populações tradicionais. **Ambiente & sociedade**, n. 5, 1999.

AYRES, J. R. DE C. M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001–1006, jun. 2006.

BOFF, L. **Sustentabilidade: o que é-o que não é**. [s.l.] Editora Vozes Limitada, 2017.

BRASIL. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 77 de 11 de fevereiro de 2014. Constituição da República Federativa do Brasil. 11 fev. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Lei Nº 9.985, de 18 de julho de 2000. Sistema Nacional de Unidade de Conservação da Natureza – SNUC. . 19 jul. 2000, Sec. Brasília - DF.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 249–260, 19 abr. 2012.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 14–24, 2004.

COHN, A. **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. [s.l.] Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2013.

DA SILVA, M. V. Políticas públicas de saúde: tendências recentes. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 2012, n. 69, 19 out. 2012.

DE LANGE, H. J. et al. Ecological vulnerability in risk assessment — A review and perspectives. **Science of The Total Environment**, v. 408, n. 18, p. 3871–3879, ago. 2010.

DE OLIVEIRA, L. R. et al. Sustentabilidade: da evolução dos conceitos à implementação como estratégia nas organizações. **Production**, v. 22, n. 1, p. 70–82, 2012.

DI GIOVANNI, G. **Políticas públicas e política social**. Gera Di Giovanni, 22 ago. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/polticas-pblicas-e-poltica-social.html>>. Acesso em: 3 mai. 2018

FIUZA, R. A. M.; COSTA, M. A. M. F. E. **Aulas de teoria do Estado**. Belo Horizonte: Del Rey, 2007.

GUIZARDI, F. L. et al. **Políticas de participação e saúde**. Recife: Ufpe / Epsjv / Fiocruz, 2014.

JACOBI, P. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. **Cadernos de Pesquisa**, n. 118, p. 189–206, mar. 2003.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341–4350, nov. 2014.



MANAUS. **Decreto nº. 8044, de 25 de agosto de 2005.** Cria a Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé. Diário Oficial de Manaus.

MARIOSIA, D. F.; FERRAZ, R. R. N.; SANTOS-SILVA, E. N. DOS. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1425–1436, maio 2018.

MEDEIROS, R. Evolução das tipologias e categorias de áreas protegidas no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 9, n. 1, p. 41–64, 2006.

MIKHAILOVA, I. Sustentabilidade: evolução dos conceitos teóricos e os problemas da mensuração prática. **Economia e Desenvolvimento**, n. 16, 2004.

NASCIMENTO, E. P. DO. Trajetória da sustentabilidade: do ambiental ao social, do social ao econômico. **Estudos Avançados**, v. 26, p. 51–64, 2012.

NORONHA, J. C. DE; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde-SUS. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. [s.l: s.n.]. p. 435–472.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. DA. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, p. 109–114, 2010.

SARTORI, S.; LATRÔNICO, F.; CAMPOS, L. Sustainability and sustainable development: a taxonomy in the field of literature. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 01–22, 2014.

SECCHI, L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. **São Paulo: Cengage Learning**, v. 133, 2010.

VELHO, G. Estilo de vida urbano e modernidade. **Revista Estudos Históricos**, n. Query date: 2016-02-26, 1995.

WEISS, E. B. **Environmental change and international law: new challenges and dimensions**. London - UK: United Nations University Press, 1992.