

ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS E DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS, DESAFIOS E OPORTUNIDADES

*ANALYSIS OF ENVIRONMENTAL AND HEALTH POLICIES IN BRAZIL: ADVANCES, CHALLENGES
AND OPPORTUNITIES*

DOI: <http://dx.doi.org/10.13059/racef.v7i3.399>

Marina Kolland Dantas^a, Lilian Ribeiro de Oliveira^b e Cláudia Souza Passador^c

^a **Marina Kolland Dantas**

marikolland@gmail.com

Universidade de São Paulo - FEA-RP/USP

^b **Lilian Ribeiro de Oliveira**

lilianroliveira88@gmail.com

Universidade de São Paulo - FEA-RP/USP

^c **Cláudia Souza Passador**

cspassador@gmail.com

Universidade de São Paulo - FEA-RP/USP

Data de envio do artigo: 07 de Julho de 2016.

Data de aceite: 14 de Outubro de 2016.

Palavras-chave:

Políticas públicas ambientais.
Políticas públicas de saúde. Integração.
Sustentabilidade.

Resumo Esse artigo insere-se nas discussões contemporâneas sobre sustentabilidade e integração na agenda governamental. Após a Constituição de 1988, as políticas sociais obtiveram visibilidade recebendo um arcabouço institucional dotado de estrutura e recursos. Entretanto, estas ações se desenvolveram sem uma visão holística, gerando falhas na prestação de serviços aos cidadãos. Neste sentido, o artigo objetivou analisar o histórico de construção das políticas públicas ambientais e de saúde no Brasil, identificando similaridades e diferenças a fim de gerar um panorama comparativo dos avanços, desafios e oportunidades entre as áreas. Classifica-se como um estudo qualitativo conduzido mediante levantamento bibliográfico em artigos, livros, portais de informação do governo e de organismos internacionais sobre as políticas brasileiras de saúde e meio ambiente, desde o período colonial até os dias atuais. Conclui-se que as políticas analisadas estão em fase de fortalecimento institucional, de implementação e avaliação, porém permanecem dificuldades que impactam no desempenho destas iniciativas.

Keywords:

Environmental public policies. Public health policies. Integration. Sustainability.

Abstract *This article is part of the contemporary discussions on sustainability and integration in the government agenda. After the 1988 Constitution, social policies obtained visibility receiving an institutional framework with structure and resources. However, these actions were developed without a holistic view, creating gaps in the provision of services to citizens. In this sense, the article aimed to analyze the historical process of construction of environmental and health policies in Brazil, identifying similarities and differences in order to generate a comparative overview of the progress, challenges and opportunities between the areas. It is classified as a qualitative study conducted by bibliographic survey in articles, books, government information portals and international organizations on the Brazilian health and environment policies, from the colonial period to the present day. We conclude that the analyzed policies are in phase of institutional strengthening, implementation and evaluation, but difficulties remains which impact the performance of these initiatives.*

1. INTRODUÇÃO

A formulação de políticas públicas representa o estágio no qual os governos democráticos traduzem seus propósitos em ações capazes de produzir resultados e mudanças sociais (SOUZA, 2006). Assim, a “política” recebe o adjetivo de “pública” quando tem a intenção de coordenar os meios que o Estado possui para atender a objetivos determinados e socialmente relevantes (SECCHI, 2013). Entretanto, é complexo determinar “como” e “quais” os problemas a serem atendidos. Isto porque as estratégias políticas são orientadas desde os interesses de ordem mercadológica, até enfoques como a distribuição de bens e prestação de serviços nos campos do trabalho, da saúde, da educação, do meio ambiente, entre outros (MASSARDIER, 2011; SARAIVA, 2006). Nesta direção, Höfling (2001) define as políticas sociais como as ações que determinam o padrão de proteção estatal, em princípio, para

a redistribuição de benefícios que reduzam as desigualdades oriundas de externalidades negativas dos modelos de desenvolvimento.

Em termos históricos, a trajetória das políticas sociais remete ao final da Segunda Guerra Mundial, período marcado por conflitos na relação capital e trabalho (FALEIROS, 1991; PIRES; DEMO, 2006; HÖFLING, 2001), as políticas de proteção social surgiram para contrapor as contradições inerentes ao capitalismo e propor novas estratégias em busca da melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores. Essa busca refletiu no surgimento do Estado de Bem-Estar ou *Welfare State* (MATIAS-PEREIRA, 2008). Contudo, a plena incorporação destes sistemas ocorreu apenas em alguns países europeus, a estrutura concebida no Brasil, ainda que de grandes proporções, se apresentou de forma fragmentada e insuficiente, não alcançando os padrões das nações europeias (MATIAS-PEREIRA, 2008). Por vezes associado ao paternalismo do Estado em outros

países, no Brasil, com a chegada tardia das ideias neoliberais o *Welfare State* foi conjugado aos direitos sociais inscritos na Constituição de 1988 (BEHRING, 2006).

Nesse cenário de direitos adquiridos na chamada Constituição Cidadã, a política social de saúde instaurada foi o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade na assistência, a participação da comunidade e a descentralização do comando único. O SUS envolve todos os entes da federação e beneficia mais de 200 milhões de pessoas, é considerado o maior sistema público de saúde do mundo em países com mais de 100 milhões de habitantes, em 2014 o total de recursos investidos em ações de saúde de baixa até a alta complexidade foi de R\$ 92,2 bilhões, as ações de saúde de família atinge 56% da população, cerca de 112 milhões de pessoas (PORTAL BRASIL, 2016). Complementarmente, nesse rol de conquistas, cumpre destacar que o artigo 225 da CF de 1988 também oficializou que: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações” (BRASIL, 1988). Logo, há uma responsabilidade compartilhada na adoção de atitudes que equilibrem as relações do homem com o seu entorno (BURSZTYN; BURSZTYN, 2012).

Porém, a complexidade ambiental demanda a coordenação e integração com outras políticas setoriais (LEME, 2010) uma vez que os desafios do panorama contemporâneo exigem ações orientadas para o equilíbrio entre os sistemas ambiental, econômico e político-social (FIORINO, 2010; WU et al., 2014). Por conseguinte, constata-se um esforço global voltado à implementação de uma agenda comprometida com as dimensões da sustentabilidade, conforme evidenciado pela recente divulgação dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que incluem: acabar com a pobreza e a fome; garantir educação inclusiva e de qualidade; assegurar uma vida saudável; garantir disponibilidade e manejo sustentável da água; combater a mudança do clima; dentre outros (PNUD, 2015).

Dessa forma, os tomadores de decisão devem estar cientes da importância das políticas públicas integradas para garantir resultados mais eficientes e

efetivos no bem-estar social (WU et al., 2014). Neste artigo, o foco está na integração entre as políticas públicas ambientais e de saúde, sendo esta interface reconhecida por uma área específica denominada “saúde ambiental”, a qual parte do princípio de que os desequilíbrios e as condições ecológicas precárias constituem elementos indutores de doenças, comprometendo as condições de vida da população (DORA et al., 2015; PERIAGO et al., 2007; PRÜSS-ÜSTÜN et al., 2016).

Esse contexto resulta fundamentalmente da sobreposição dos interesses da esfera econômica sobre o meio natural, provocando consequências negativas que incluem: a desestabilização dos ciclos biogeoquímicos; a perda de biodiversidade; a poluição dos ecossistemas; a crescente geração e a destinação inadequada dos resíduos sólidos; a escassez hídrica; entre outras situações complexas (BURSZTYN; BURSZTYN, 2012; FIORINO, 2010; VIOLA; FRANCHINI, 2012). Esses impactos ambientais não se restringem aos sistemas biofísicos já que possuem implicações políticas, econômicas e sociais, como no caso da relação estabelecida com a saúde pública (DORA et al., 2015; FIORINO, 2010; PHILIPPI JR; MALHEIROS, 2005).

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) é crescente e diversificado o número de problemas de saúde ocasionados por determinantes ambientais, como: doenças infecciosas; diferentes tipos de câncer e formas de intoxicação; bem como, a exposição aos riscos provocados pela gestão inadequada dos resíduos sólidos, incluindo o contato com resíduos perigosos e a contaminação por água imprópria ao consumo (PNUMA, 2016). Complementarmente, o desempenho econômico também é afetado pela degradação do meio ambiente, por exemplo, com as despesas devido à sobrecarga nos sistemas com pacientes acometidos por doenças evitáveis, as medidas para remediação dos efeitos das mudanças climáticas e da gestão ambiental inadequada, além dos custos dos danos resultantes de eventos meteorológicos extremos (MARQUES, 2015; PRÜSS-ÜSTÜN et al., 2016).

Dessa forma, é necessário que os sistemas de saúde reconheçam a importância de estratégias que garantam, primordialmente, a qualidade dos espaços cotidianos (PERIAGO et al., 2007). Conforme enfatizado por Dora et al. (2015) é fundamental demonstrar os ganhos na área da saúde provenientes das políticas de desenvolvimento

sustentável, para que estas se tornem mais atrativas na tomada de decisão e tenham mais chance de serem implementadas. Portanto, a saúde ambiental adquire destaque na agenda contemporânea.

A partir dessa demanda por pesquisas interdisciplinares, o presente artigo objetivou analisar o processo histórico de construção das políticas públicas ambientais e de saúde no contexto brasileiro, identificando similaridades e diferenças a fim de gerar um panorama comparativo de avanços, desafios e oportunidades entre as áreas. Para tanto, encontra-se organizado em cinco seções: a primeira é composta por esta introdução; a segunda expõe o referencial teórico sobre políticas públicas ambientais e de saúde; a terceira parte contempla a metodologia para atender ao objetivo proposto; a quarta seção apresenta os resultados e discussões a partir da integração entre as duas áreas e a última parte retrata as conclusões, com uma proposta de agenda para pesquisas futuras baseadas nas limitações encontradas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Políticas públicas ambientais

Bursztyn e Bursztyn (2012) afirmam que as políticas ambientais são iniciativas voltadas à proteção, a conservação, o uso sustentável e a recomposição dos recursos naturais. É fundamental compreender que estas ações inserem-se em um processo mais amplo de gestão do território, refletindo os projetos de desenvolvimento adotados por um país durante sua história (CUNHA; COELHO, 2012; FERNANDES et al., 2012). Nesta perspectiva, no Brasil, o direito do cidadão a um ambiente sadio foi legalmente estabelecido com a promulgação da CF de 1988, em seu artigo 225, porém, torna-se importante resgatar a dinâmica de configuração da política ambiental, como fruto da incorporação de tendências em distintas conjunturas políticas, econômicas e sociais (BRASIL, 1988; BURSZTYN; BURSZTYN, 2012).

A partir dessa reconstrução, inicialmente observa-se que, já no período do descobrimento e colonização do Brasil, o patrimônio natural foi explorado para viabilizar a geração de riqueza (CÂMARA, 2013). Dessa forma, houve uma retirada

intensiva de recursos de ordem ambiental, conforme constatado pelos ciclos econômicos que se alternaram na história do país, como: o pau-brasil, a mineração, o açúcar, o café, a borracha, entre outros (PÁDUA, 2013).

Por outro lado, enquanto o princípio norteador do desenvolvimento esteve baseado na exploração ambiental, as medidas protecionistas eram restritas, pautadas no comando e controle, com caráter utilitarista, pois protegiam determinados recursos naturais exclusivamente devido ao valor econômico para garantir a continuidade das atividades produtivas (CÂMARA, 2013). Como exemplo destas medidas, no período colonial, as Ordenações Reais definiam regras relacionadas ao corte de árvores frutíferas e a censura quanto à contaminação das águas pelo descarte de determinados materiais (CÂMARA, 2013; MILARÉ, 2011). Em 1605, a Coroa também estabeleceu um Regimento para controlar a exploração da madeira do pau-brasil, já a Lei nº 601 de 1850, incorporou restrições ao desmatamento e ao uso do solo (MILARÉ, 2011).

Somente na década de 1930, já na Era Vargas, verifica-se uma nova fase das políticas ambiental focada na abordagem nacional dos problemas e nas propostas intervencionistas que foram viabilizadas a partir do desenvolvimento de códigos (das águas, florestal, de minas, de pesca e o de caça), da criação de normas para as atividades extrativistas e a racionalização no uso dos recursos naturais, além do estabelecimento de áreas de preservação permanente (MONOSOWSKI, 1989; CUNHA; COELHO, 2012; PÁDUA, 2013). Todavia, apesar dos avanços, essa lógica de atuação gerou normas fragmentadas, que culminaram em estratégias setoriais conflitantes, limitando a inserção da variável ambiental na tomada de decisão (MONOSOWSKI, 1989; CÂMARA, 2013).

Foi a partir de 1970 que a temática ambiental assumiu maior visibilidade devido a eventos e descobertas científicas que sensibilizaram a sociedade, em âmbito internacional, quanto aos desequilíbrios oriundos dos modelos insustentáveis de produção e consumo (FIORINO, 2010; LIMA, 2011). Diante desse cenário externo, no Brasil houve a criação de uma estrutura para gerir especificamente a temática, exemplificada pelo surgimento da Secretaria Especial do Meio Ambiente (Sema), em 1973. Além disso, ocorreu um aumento nas unidades de conservação, o início da regulamentação sobre

poluição industrial e dos Órgãos Estaduais de Meio Ambiente (CUNHA; COELHO, 2012; MILARÉ, 2011; MONOSOWSKI, 1989).

Apesar das conquistas, nesse período, permaneceram os conflitos com as políticas de integração nacional desenvolvidas pelo governo militar, as quais promoviam um conjunto de impactos ecológicos negativos (BURSZTYN; BURSZTYN, 2012; CUNHA; COELHO, 2012). Como resultado, a política ambiental permaneceu com caráter corretivo e baixa eficácia, sem contar com ampla participação social o que fez da omissão a regra das iniciativas nessa época (MONOSOWSKI, 1989).

Posteriormente, diante das transformações globais para um novo paradigma do desenvolvimento sustentável, conjuntamente com o alastramento dos problemas endógenos, como a deterioração da qualidade nos grandes centros urbanos, o Brasil foi pressionado a adotar uma agenda ambiental explícita (LIMA, 2011). Assim, ao final de 1980, o escopo da legislação nacional foi ampliado, definindo regras ambientais mais consistentes, em todos os níveis da hierarquia normativa, com destaque para a Política Nacional de Meio Ambiente (PNMA) (MONOSOWSKI, 1989). Ademais, constituiu-se uma estrutura no setor público com a criação do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), em 1989; o Ministério do Meio Ambiente (MMA); a Agência Nacional de Águas (ANA); o Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio); e a entrada de ambientalistas na disputa política (LIMA, 2011; VIOLA; FRANCHINI, 2012).

Além da esfera pública, houve um aumento e profissionalização das Organizações Não Governamentais com objetivos relacionados ao meio ambiente, a criação de novos instrumentos de gestão, como por exemplo: mecanismos econômicos, processos de certificação ambiental e acordos voluntários, além de ferramentas de tecnologia da informação e arranjos institucionais participativos (LEME, 2010; LIMA, 2011; CUNHA; COELHO, 2012). Dentre estes arranjos, pode-se citar: os fóruns, redes, consórcios, conselhos e parcerias estratégicas, ou seja, as novas engenharias institucionais que expandiram o reconhecimento do discurso ambientalista para outras áreas e dinâmicas organizacionais (JACOBI, 2000).

Logo, observam-se avanços quanto à institucionalização da gestão ambiental, a maior sensibilização social com o tema e a ampliação dos

mecanismos regulatórios, conforme evidenciado pelas conquistas da Política Nacional de Recursos Hídricos (1997); a Lei de Crimes Ambientais (1998); a Política Nacional de Educação Ambiental (1999); o Sistema Nacional de Unidades de Conservação (2000); a Política Nacional de Saneamento (2007); a Política Nacional de Resíduos Sólidos (2010); os mecanismos de pagamento por serviços ambientais; os programas de desenvolvimento regional sustentável, assim como a descentralização política (JACOBI, 2000; BURSZTYN; BURSZTYN, 2012; CÂMARA, 2013).

Apesar de todos esses progressos, Viola e Franchini (2012) relatam um conjunto de problemas ambientais que permanecem, dentre os quais, o desmatamento, a aplicação exacerbada de agroquímicos e a deficiência na gestão dos resíduos sólidos, sendo que para os autores há uma disfuncionalidade da política nacional ao lidar com o planejamento de longo prazo, o que categoriza o país como uma “potência ambiental subdesenvolvida”. Segundo Fernandes et al. (2012), os condicionantes econômicos possuem peso superior na tomada de decisão o que inviabiliza a efetividade da gestão ambiental no país.

A coordenação entre os órgãos ambientais criados e suas agendas, em geral, é contingente e fica a critério dos atores políticos, o que acarreta em sobreposições de competências, recursos e esforços, gerando déficit na articulação das políticas (LEME, 2010). Este panorama é contrário às demandas do quadro ambiental contemporâneo o qual exige que as políticas ambientais considerem a interconexões com os demais problemas vivenciados pela sociedade, de forma que haja a integração, coordenação e cooperação com os demais setores (LEME, 2010; FERNANDES et al., 2012), como no caso da saúde.

2.2. Políticas públicas de saúde

O direito social à saúde pública no Brasil que contemplou toda população foi estabelecido apenas após a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal e passou então a ser tratado como agente da cidadania (BRASIL, 2011; FINKELMAN, 2002; KAJIURA, 2011; SANTOS et al., 2011). Para além do texto constitucional atualmente vigente, o conhecimento histórico da formação do atual sistema de saúde é imprescindível para sua

compreensão. Para isso, é necessária a retomada dos predecessores relacionados à construção da política de saúde no país.

Com a vinda da coroa portuguesa no ano de 1808, ocorreram ações e intervenções do império à vida sanitária do país (ELIAS, 2004; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Instituições públicas foram criadas com a intenção de verificar o exercício da medicina com vistas a promover condições mínimas de saúde e higiene para a corte (MACHADO, 1978; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Posteriormente, durante as décadas de 1920 e 1930, houve sinais de movimentos sanitários, liderados por médicos higienistas, que culminaram na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), esse período foi pontuado por ações centralizadas e intimamente relacionadas com as crises sanitárias (BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). No que tange às medidas de proteção social, em 1923 a Lei n. 4.682, de autoria do deputado Eloy Chaves, estabeleceu a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que abarcavam assistência médica, pensões e aposentadorias a aos trabalhadores formais e seus dependentes, de alguns setores específicos da economia (FINKELMAN, 2002; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, PAIM et al., 2011). Todavia, a vinculação das ações de saúde ao trabalho formal excluiu diversos segmentos da população e privilegiou principalmente os centros urbanos em detrimento do rural, o que os autores classificam como uma cidadania regulada (FINKELMAN, 2002; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, PAIM et al., 2011).

No que se refere ao andamento da saúde pública na Era Vargas, instituiu-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), responsável pela saúde das pessoas marginalizadas, ou seja, não contemplados por ações previdenciárias dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Eram incluídos pobres, desempregados, trabalhadores informais, idosos e crianças (BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Na esfera política, a Constituição de 1946 incorporou novas estratégias para a prática previdenciária, aumentando os direitos dos trabalhadores e salientando a assistência sanitária, médica e hospitalar, porém privilegiando ações individuais de saúde. Neste período verifica-se outro importante marco que foi a desvinculação entre saúde pública e educação com a criação, em 1953, do Ministério da Saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ao longo da ditadura militar instaurada no Brasil de 1964 a 1985, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram convertidos e agrupados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável por gerir aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores formais. Consta-se ainda a exclusão de grande parte da população brasileira, formada por trabalhadores rurais, informais e outros segmentos populacionais marginais, que encontravam algum tipo de cuidado apenas nos serviços de saúde filantrópicos ou em clínicas privadas (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O dissabor da população e a associação de muitos atores sociais gerou um contexto de grande ebulição. Com isso, surgiu um movimento de reforma da saúde formado, principalmente, por médicos, acadêmicos e cientistas. Um conjunto sólido de ações envolvendo o movimento sanitário propiciou aos reformistas cargos em posições-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Estas alianças se fortaleceram e culminaram, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de outros atores, sendo que, ao contrário das edições anteriores de caráter eminentemente técnico, foi aprovado o conceito de saúde como direito social do cidadão, criando as bases para as estratégias do SUS (FINKELMAN, 2002; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; PAIM et al., 2011).

A comissão então formada participou da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), garantindo a aprovação da Reforma Sanitária Brasileira. Já em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, os princípios reformistas podem ser notados no Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social (BRASIL, 1988; FINKELMAN, 2002).

Instituiu-se então o Sistema Único de Saúde (SUS), que transforma o acesso à saúde em universal. De acordo com o texto constitucional deve estar presente em todas as Unidades da Federação com atendimento igualitário e amplo, desde o atendimento ambulatorial até o de alta complexidade, de forma gratuita a toda a população (BRASIL, 2011). A implementação do SUS vigora a partir de 1990, com a Lei n. 8.080, de 19 de setembro (Lei Orgânica da Saúde), que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”

(BRASIL, 1990a). Complementar a esse dispositivo legislativo, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, “[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

Têm-se, portanto, um amplo aparato legal e institucional, com vistas a assegurar a gestão da complexa rede de saúde idealizada na reforma sanitária, posteriormente materializada no texto constitucional. No tocante à organização e à gestão do SUS são premissas básicas assumidas na Constituição: a descentralização da administração, com comando único em cada esfera de governo; a administração democrática; e a participação da sociedade civil (BRASIL, 2007).

Em relação ao financiamento público de saúde, no Brasil historicamente ele é considerado um dos gargalos do sistema, em que se verifica, desde a implantação do SUS, em 1990, e a Lei 8.080/1990, uma forte crise e o subfinanciamento enfrentado pelo setor da saúde. De acordo com Viana e Elias (2007, p. 1767) “A universalidade do sistema de saúde brasileiro, ao contrário, foi concebida em um período de crise, de estagnação econômica, seguido da adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário”. O Art. 198 (BRASIL, 1988), em seu § 1º, dispõe que o sistema único de saúde deve ser financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) – do montante total, cerca de 30% devem ser destinados à saúde (UGÁ; MARQUES, 2005).

É atribuição conjunta da União, dos estados e dos municípios o financiamento do SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 (SERVO et al., 2011; GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Não obstante, observa-se como principal financiador do modelo universal da saúde no Brasil a União, sendo que a gestão dos recursos para alocação de acordo com as necessidades da população é papel dos estados e principalmente dos municípios.

O investimento em saúde deve variar de acordo com o PIB (Produto Interno Bruto) daquele ano, e cabe aos estados e municípios aplicar de 12 a 15%, respectivamente, de sua receita em saúde pública. Ainda que os recursos para o financiamento tenham aumentado consideravelmente, para cumprir a proposta constitucional de um sistema

de saúde universal, integral e gratuito, estes ainda são insuficientes. Esta escassez é confirmada em comparação a outros sistemas de cunho universal, segundo dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) (2013), os gastos públicos em saúde no Brasil, em 2010, alcançaram aproximadamente 4,2% do PIB, enquanto países como Reino Unido investiram cerca de 8%, Austrália, 6,2% e Canadá, 8,1% do PIB em 2010. Segundo Mendes (2013) países com modelos universais de saúde nos moldes do SUS apresentam gastos públicos na ordem de 70% do gasto total em saúde. Por exemplo: Alemanha, 76,8%; Canadá, 71,1%; Itália, 77,6%; Holanda, 84,8%, Noruega, 85,5%; Reino Unido, 83,2%. No Brasil, o gasto público é inferior ao gasto privado em saúde, com cerca de 48,2% o que aproxima o Brasil de países que não adotam sistemas universais como o Chile e EUA (MENDES, 2013; VIEIRA, 2016). Complementarmente, o Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) em pesquisa mais recente aponta que os gastos totais em saúde no país alcançaram em 2013 8% do PIB, porém os gastos do governo com ações de saúde somaram 3,6% do PIB abaixo das despesas das famílias 4,4% do PIB.

Dain (2007, p. 1863) argumenta que “[...] gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos. Assim, os gestores da saúde, em todos os níveis de governo, devem zelar pela qualidade de seu gasto e pela racionalização e redução de seus custos”. Ainda que com todos os desafios apresentados acima, o SUS apresenta-se como um sistema público dotado de instituições, recursos humanos e financeiros bem definidos. Segundo dados do Portal Brasil (2016), no ano de 2014 o sistema contou com a realização de 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5 milhões de internações com um montante de recursos investidos na ordem de R\$ 92,2 bilhões.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo exploratório possui uma abordagem qualitativa e foi conduzido mediante pesquisa bibliográfica. Conforme exposto por Malhotra (2012, p. 89): “os bancos de dados bibliográficos compõem-se de citações de artigos em periódicos, revistas, jornais, publicações especializadas, estudos de pesquisa, relatórios

técnicos, documentos governamentais e outros similares”.

Nesse sentido, o estudo primariamente realizou uma busca nas seguintes bases de pesquisa: Scielo, Google Scholar, Scopus, Web of Science, Banco de Teses e Dissertações da USP e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As palavras-chave buscadas foram: políticas públicas em saúde, políticas públicas ambientais, políticas públicas integradas, Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde ambiental. Com o objetivo de ampliar a efetividade da busca também foram consideradas as variações destes termos. Para fortalecer as informações sobre as políticas nestas áreas a busca também incluiu os portais do governo, como o Ministério do Meio Ambiente (MMA) e o Ministério da Saúde (MS), além dos sítios e relatórios de organismos internacionais, como o PNUD, o PNUMA e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para além da internet, o levantamento abarcou consultas complementares a livros.

Depois de estabelecido o processo de investigação proposto, o próximo passo foi construir uma base de dados comum aos dois grandes temas pesquisados com o intuito de criar uma síntese integradora, caracterizada pelo produto final da análise e reflexão dos documentos analisados (LIMA; MIOTO, 2007). Esta etapa tem como propósito gerar uma análise crítica do material bibliográfico, incluindo uma apreciação quanto ao sentido e ao valor do conteúdo visto que, conforme argumentado por Lakatos e Marconi (2010), os dados isolados nada dizem sobre um determinado tema, sendo fundamental que o cientista seja capaz de expor o significado e compreender relações amplas que os mesmos possam incorporar.

Mediante a análise de todo o referencial coletado foi proporcionado aos pesquisadores construir um quadro teórico-referencial para comparar a evolução das políticas públicas ambientais e de saúde. Assim, foi proposta uma periodização destas iniciativas que foram agregadas em quatro fases temporais sucessivas de acordo com as mudanças na trajetória da gestão pública brasileira, a saber: Fase I (Entre 1500 e 1930) - colonialismo português, império e república velha; Fase II (Entre 1930 e 1970) - administração Weberiana; Fase III (Entre 1970 e 1980); Fase IV (Entre 1980 e o Período atual) - agenda contemporânea. A escolha dessa forma de categorização justifica-se pelo fato de que cada uma destas fases define diferentes modelos de gestão, adotados pelo país ao longo dos anos, os quais interferem diretamente nas características da formulação, implementação e no escopo das políticas públicas analisadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, optou-se por apresentar uma reconstituição das principais características que marcaram a trajetória, ao longo da história brasileira, quanto às políticas públicas no campo ambiental e de saúde, conforme exposto no Quadro 1. Os eventos foram agregados em períodos sucessivos, de acordo com características semelhantes, entretanto, este constitui um modelo porque existem sobreposições entre as fases e os tipos de políticas estabelecidas

Quadro 1 - Perspectiva histórica de desenvolvimento das políticas ambientais e de saúde no Brasil

Período	Perfil da Política Ambiental	Ações e Resultados Principais	Perfil da Política de Saúde	Ações e Resultados Principais
Fase I Período Colonial, Império e República Velha	Ações utilitaristas desenvolvidas para proteger os recursos naturais exclusivamente pelo valor econômico e político que continham ao desenvolvimento do país e enriquecimento de determinados grupos sociais. A gestão é focada no comando e controle, com concentração e centralização dos processos decisórios.	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalização e proibição de algumas ações nocivas ao meio ambiente por ordenamento legal, como por exemplo: Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas; • Regimento Pau-Brasil (1605) e de Cortes de Madeira (1799); • Ações conservacionistas, como a criação do Jardim Botânico do Rio de Janeiro; • Código Criminal (1830) e restrições ao uso e ocupação do solo (1850). 	<p>Controle de Portugal (1500-1822), centralização do poder e coronelismo (1822-1889), Estado liberal oligárquico, revoltas militares e emergências das questões sociais. Ações focadas em combate de epidemias na cidade e no campo, influência dos médicos higienistas na melhoria do sistema público de saúde (Carlos Chagas). Concentração de estrutura de saúde na capital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de Santas Casas (Séc XVI); • Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária; • Administração de saúde centrada nos municípios; • Criação de instituições de controle sanitário de portos e epidemias (Instituto Butantã e Fundação Oswaldo Cruz); • Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP, 1897); • Caixas de Aposentadorias e Pensão (1923).
Fase II Administração Weberiana	Propostas baseadas na centralização do poder e na atuação em escala nacional. Diversas ações são desenvolvidas com foco no protecionismo ambiental a partir da promulgação de códigos específicos para regular o uso dos recursos naturais e a criação de áreas protegidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Promulgação dos Códigos das Águas (1934), Florestal (1934), Minas (1934), Pesca (1938) e Caça (1943); • Leis de Proteção aos Animais (1934) e Estatuto da Terra (1964); • Desenvolvimento de arcabouço institucional, como por exemplo: Departamento Nacional de Águas e Energia Elétrica; e Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal; • Criação das primeiras áreas de preservação: Parque Nacional de Itatiaia-RJ; e a Primeira Floresta Nacional na Amazônia. 	<p>Ambiente turbulento com períodos de centralização e autoritarismo (Era Vargas), instabilidade política (1945-1964) e golpe militar em 1964. Ações focadas na prevenção e combate de epidemias (febre amarela e tuberculose), estruturação do sistema de saúde público para os trabalhadores formais e surgimento do sistema de saúde privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério de Educação e Saúde Pública; • Institutos de Aposentadoria e Pensão estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos formais; • Criação do Ministério da Saúde (1953); • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde; • Institutos de Aposentadoria e Pensão unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Período	Perfil da Política Ambiental	Ações e Resultados Principais	Perfil da Política de Saúde	Ações e Resultados Principais
Fase III Administração Gerencialista	Atuação permanece centralizada e no sentido de implementação <i>top-down</i> , porém, o foco de orientação passa aos problemas e soluções de ordem regional. Neste momento, inicia-se a criação de um arcabouço político-institucional específico para gerir o tema ambiental, com o surgimento de ações próprias para algumas pautas, como: o controle da poluição.	<ul style="list-style-type: none"> • Surgimento da Secretaria Especial do Meio Ambiente (1973); • Criação de instrumentos para o controle da poluição industrial e Lei de parcelamento do solo urbano; • Ampliação de unidades de conservação; • Órgãos Estaduais de Meio Ambiente - Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema), no Rio de Janeiro e a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (Cetesb). 	Atuação centralizada com grande influência da ditadura militar, transição lenta e gradual para um governo democrático. Centralização do sistema de saúde e fragmentação institucional, beneficiando o setor privado. Concentração da estrutura básica de saúde nos grandes centros urbanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1977); • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura; • Ampliação dos programas de imunização e controle de epidemias.
Fase IV Agenda Contemporânea	Período de maior reconhecimento e conscientização sobre os problemas ambientais e a necessidade de políticas para a gestão dessa pauta. Ampliação de iniciativas e novas estratégias com orientação para o conceito de desenvolvimento sustentável. As ações passam a ser implementadas, do âmbito local ao global, com base em uma visão mais integrada entre diferentes atores e setores sociais.	<ul style="list-style-type: none"> • PNMA (1981) e direito ao meio ambiente equilibrado CF/1988; • Estrutura administrativa: IBAMA, MMA, ANA e ICMBio; • Fortalecimento do arcabouço legal: Política Nacional de Recursos Hídricos, Lei de Crimes Ambientais, Política Nacional de Educação Ambiental, Política Nacional de Resíduos Sólidos, entre outras; • Descentralização; • Novos instrumentos de gestão ambiental e ampliação dos grupos sociais envolvidos; • Programas de desenvolvimento regional sustentável e iniciativas globais para governança ambiental globais (p.ex. ODS) 	Período de transição democrática com grande participação de sanitaristas e pesquisadores na Assembleia Constituinte (1987). Inscricão do direito à saúde na Constituição Federal de 1988. Fortalecimento dos aparatos estruturais e institucionais do Sistema Único de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma Sanitária e criação dos principais centros de pesquisa de saúde pública; • Criação do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/1990); • Normas Operacionais Básicas (NOB – 1991 a 1996) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS – 2001 e 2002); • Emenda Constitucional nº 29/2000 – recursos financeiros mínimos; • Pacto pela Vida - Fortalecimento dos municípios, das regiões e redes de saúde; Estratégia de Saúde da família e blocos para repasses de recursos; • Iniciativas globais para governança em saúde.

Fonte: Elaboração própria dos autores a partir do levantamento bibliográfico.

As primeiras ações de meio ambiente e saúde remontam a 1500 com a centralização das propostas nas concentrações urbanas com foco em medidas reativas, do tipo comando e controle, com o intuito de diminuir os problemas com a salubridade da população, no caso da saúde, e manter as reservas de recursos naturais para a exploração econômica, no caso ambiental. As ações desenvolvidas neste período eram implementadas a partir de uma abordagem *top-down*, essencialmente baseadas no poder centralizado da Corte Portuguesa, sem contar com a participação social. Após a chegada da corte ao Rio de Janeiro, algumas ações mais efetivas começam a aparecer em ambas às áreas. Neste período, pode-se perceber a criação das primeiras instituições responsáveis por políticas de saúde e também a definição de políticas e programas ambientais.

Posteriormente, durante uma segunda fase, característica do período entre 1930 e 1970, visualizam-se grandes turbulências econômicas, sociais e políticas que proporcionaram mudanças consideráveis na forma de gestão, sendo que o Estado assume uma postura marcante e intervencionista para o desenvolvimento de um conjunto de ações em diferentes áreas, incluindo o meio ambiente e a saúde. Não obstante, marcantes conquistas podem ser observadas neste período, tais como: as legislações criadas (grande parte vigentes até hoje), a estruturação de setores e instituições responsáveis exclusivamente por políticas de meio ambiente e saúde.

Vale ressaltar que as ações neste período são caracterizadas por centralização de poder e tomada de decisão, assim como pela manutenção da concentração de esforços nos grandes centros urbanos do país. Pode-se perceber com base nas informações reunidas no Quadro 1 que a estruturação deu-se mais rapidamente na esfera das políticas de saúde e com mais morosidade do domínio ambiental.

Já a terceira fase foi marcada pelo início da transição democrática no âmbito da política e pelo aumento da proteção e criação de estruturas mais sólidas em relação às políticas públicas de meio ambiente e saúde. Ações como as de aumento da preservação ambiental e da abrangência dos serviços de saúde são os componentes principais deste período. Entretanto, cumpre destacar que esse período evidencia as contradições no planejamento do Estado brasileiro uma vez que os objetivos e as competências de políticas em áreas distintas eram conflitantes, como por exemplo, as intervenções desenvolvimentistas e as ações ambientais, características que permanecem até os dias atuais, representando o domínio da esfera econômica sobre as dimensões social e ambiental.

Após 1980 e principalmente com a instauração da Constituição Federal de 1988, os direitos ao cidadão brasileiro em relação ao meio ambiente e à saúde foram estabelecidos, tornando explícita a tutela do Estado em relação a estas temáticas, definindo o fortalecimento das instituições, com recursos humanos e financeiros minimamente

estáveis. Posteriormente, na década de 1990, ações em termos nacionais foram tomadas, tais como as políticas nacionais de proteção do meio ambiente e o Pacto pela Vida no que diz respeito às políticas de saúde.

Cabe enfatizar que, neste momento histórico, a participação social começa a ser estimulada para a definição das pautas a serem incorporadas pela agenda política, além disso, há um fortalecimento da noção de Rede, com a proliferação de iniciativas ambientais e de saúde para além do domínio exclusivo do setor público. Neste contexto é importante destacar o maior envolvimento dos cientistas, pesquisadores, especialistas e órgãos mundiais que paulatinamente buscam encontrar soluções para as discrepâncias ainda existentes em ambas as pautas e também procuram ferramentas, procedimentos e políticas que tornem as áreas comentadas mais eficientes e com qualidade no serviço prestado à população.

Diante desse panorama, ações globais buscam integrar áreas correlatas a fim de dirimir a pobreza e a falta de qualidade de vida da sociedade. Nesta perspectiva, o presente artigo sugere que a interligação entre políticas de meio ambiente e de saúde apresentam melhor desempenho se dispuserem de objetivos compartilhados. Convergente ao PNUD as ações relativas ao campo da saúde ambiental estão alinhadas com a proposta dos ODS estabelecidos em 2015.

Dentre os 17 Objetivos, destaca-se aqui o ODS 3 - Saúde de qualidade: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (PNUD, 2015) que, em termos específicos, alinhem-se as políticas de saúde atualmente vigentes no Brasil. Destaca-se a Estratégia da Saúde da Família (ESF), a diminuição da mortalidade infantil e desnutrição, ações focalizadas nas doenças negligenciadas (por exemplo: hanseníase, tuberculose e hepatite), além das políticas transversais como o Bolsa Família que tem condicionantes de saúde que contribuem para o controle e a efetividade para o atingimento dos ODS. Com vistas a integrar ações para o atingimento das metas globais, o PNUD Brasil disponibiliza duas publicações para direcionar os tomadores de decisão na construção de políticas e programas que atendam e contribuam com os ODS (PNUD, 2015).

Diretamente relacionados à esfera ambiental cabe destacar os objetivos: 6 - Água limpa e saneamento: Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos;

7 - Energias renováveis: Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos; 12 - Consumo responsável: assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis; 13 - Combater as mudanças climáticas: Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos; 14 - Vida debaixo da água: Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável; e 15 - Vida sobre a Terra: Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade.

Diante da análise das iniciativas atualmente vigentes no Brasil, constata-se que existe um alinhamento entre as propostas de gestão ambiental e o cenário de demandas globais. Isto porque há um aparato institucional e legal direcionado a gerir essas pautas, dentre os quais: mecanismos como a gestão por comitês de bacias hidrográficas para as definições voltadas a proteção dos recursos hídricos; a Política Nacional sobre Mudança do Clima que oficializa internacionalmente o compromisso voluntário do Brasil para a redução de emissões de gases de efeito estufa; as discussões sobre modelos de consumo mais responsáveis; os esforços voltados ao saneamento, com destaque para os princípios e instrumentos definidos pela Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010) que contempla ações essenciais para o avanço ambiental no Brasil, como a redução na geração de resíduos, a destinação adequada com maiores índices de reutilização e reciclagem, a disposição ambientalmente correta dos rejeitos, a valorização das pessoas que atuam com a coleta destes materiais, a logística reversa e as práticas consorciadas para a gestão integrada dos resíduos, entre outras medidas.

Entretanto, as políticas ambientais contemporâneas, muitas vezes, ficam restritas mais a aspectos formais (das definições legais) do que ao contexto de implementação e condução de ações efetivas, com resultados perceptíveis aos cidadãos. Logo, é importante fomentar instrumentos de implementação destas políticas, conforme explicitado pelo ODS 17 - Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável. Este define que o alcance de todas as metas e dimensões da sustentabilidade depende de políticas coordenadas e coerentes o que demanda uma gestão baseada

em parcerias multissetoriais que mobilizem e compartilhem conhecimento, expertise, tecnologia e recursos financeiros.

Por fim, comparando as duas áreas verificam-se problemas relacionados à: sobreposição de responsabilidades, competências e esforços; falta de objetivos compartilhados entre os setores o que leva a proposição de ações incoerentes e conflitantes; ausência de um planejamento de longo prazo, sendo que a prevalência do horizonte de curto prazo dificulta a adoção de algumas medidas, principalmente no campo ambiental, no qual os benefícios são difusos e de difícil quantificação; retrocessos e distorções nas agendas, logo, os programas e as políticas ocorrem de forma descontínua no tempo e no espaço; baixa transparência, corrupção e irracionalidade no uso de recursos públicos; ausência de uma cultura baseada no monitoramento e na avaliação dos resultados gerados pelas políticas públicas; instituições ainda frágeis que sofrem influência de interesses pessoais e de alguns grupos políticos, constatando a sobrevivência de traços do modelo patrimonialista de gestão pública.

5. CONCLUSÕES

O presente artigo objetivou analisar o processo histórico de construção das políticas públicas ambientais e de saúde no contexto brasileiro, identificando similaridades e diferenças a fim de gerar um quadro comparativo de avanços, desafios e oportunidades entre as áreas.

Em síntese, é fundamental reconhecer os inegáveis avanços obtidos nas últimas décadas em termos da estruturação dos direitos dos cidadãos brasileiros a saúde e ao meio ambiente equilibrado, com o aumento do arcabouço legal e institucional para a gestão das políticas públicas nestas áreas, bem como o comprometimento formal do país em atender a diversos acordos e programas globais voltados ao desenvolvimento sustentável. Porém, apesar das conquistas e da capilarização dessas pautas, a análise do referencial da literatura levantado nos permite compreender que o Estado Federativo brasileiro ainda enfrenta um conjunto de desafios e entraves, dentre os quais a própria desigualdade entre as esferas que compõem este sistema uma vez que coexistem em nosso território enormes disparidades socioeconômicas, culturais e ambientais entre os municípios e os estados, o

que dificulta o desempenho adequado de algumas políticas com caráter padronizado.

Consequentemente, cumpre destacar que a descentralização ocorreu no Brasil com a manutenção de fragilidades, que incluem a falta de coordenação e cooperação entre as diferentes esferas governamentais e entre os órgãos e estruturas que foram criados para gerir a agenda ambiental e de saúde. No âmbito local, vale ressaltar que essas dificuldades são exaltadas porque a maioria dos municípios apresenta problemas relacionados aos recursos administrativos e institucionais disponíveis para a gestão, além da suscetibilidade quanto a pressões de grupos e interesses político-partidários.

Sem a pretensão de exaurir o tema, o artigo limita-se a descrever as políticas públicas ambientais e de saúde por meio de uma revisão bibliográfica, não contemplando outras análises mais aprofundadas. Considerando essa restrição e um conjunto de lacunas identificadas foi construída uma agenda com 3 recomendações para pesquisas futuras que constituem oportunidades capazes de fortalecer de orientar o campo de pesquisa quanto a políticas na área da saúde ambiental.

A **primeira sugestão** de pesquisa consiste em: Desenvolver trabalhos comparativos no sentido de entender as abordagens adotadas por diferentes países para a integração das áreas de meio ambiente e saúde, incluindo as propostas contemporâneas no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A **segunda sugestão** de pesquisa é: Produzir pesquisas qualitativas, com análises mais aprofundadas que demonstrem experiências de sucesso relacionadas a ações compartilhadas de saúde e meio ambiente. Complementarmente, em termos de abordagem metodológica, a **terceira sugestão** de pesquisa consiste em: Realizar estudos quantitativos para avaliações dos resultados nestas duas áreas, enfatizando o desempenho, os benefícios e os custos envolvidos diante da integração. Por exemplo: analisar quais os benefícios nas condições de saúde da população oriundos de investimentos ambientais, pode-se avaliar um conjunto de indicadores de saúde (dengue, mortalidade e morbidade por doenças específicas, etc.) e como estes variam à medida que a gestão ambiental é implementada adequadamente.

Conclui-se a partir dos resultados apresentados que este artigo contribuiu para gerar discussões que ressaltem a importância e viabilizem o desenvolvimento de políticas públicas

comprometidas com o fomento da sustentabilidade mediante a uma abordagem holística, integrada e voltada à promoção de mecanismos intersetoriais.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, [s.l.], 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: fev. 2016.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 01, de 07 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/2004 no que se refere as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ambiental/PDF/in_001_2005.pdf>. Acesso em: maio 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Lei n. 12.305, de 02 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>. Acesso em: maio 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. v. 1. Brasília: CONASS, 2011.

BURSZTYN, M. A.; BURSZTYN, M. **Fundamentos de política e gestão ambiental: caminhos para a sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

CÂMARA, J. B. D. Governança ambiental no Brasil: ecos do passado. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 46, p. 125-146, 2013.

CUNHA, L. H.; COELHO, M. C. N. Política e Gestão Ambiental. In: CUNHA, S. B. da; GUERRA, A. J. T. (Org.). **A questão ambiental: diferentes abordagens**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. cap.2, p.43-79.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. supl., 2007.

DORA, C.; HAINES, A.; BALBUS, J.; FLETCHER, E.; ADAIR-ROHANI, H.; ALABASTER, G.; HOSSAIN, R.; ONIS, M. de.; BRANCA, F.; NEIRA, M. Indicators linking health and sustainability in the post-2015 development agenda. **The Lancet**, v. 385, n. 9965, p. 380–391, 2015.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FALEIROS, V. P. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1991.

FERNANDES, V.; MALHEIROS, T. F.; PHILIPPI JR, A.; SAMPAIO, C. A. C. Metodologia de avaliação estratégica de processo de gestão ambiental

municipal. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 3, p. 128-143, 2012.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FIORINO, D. J. Sustainability as a conceptual focus for Public Administration. **Public Administration Review**, v. 70, n. 1, p. 78-88, 2010.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 21, n. 61, p. 177-191, jun. 2006.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cedes**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta-satélite de saúde: Brasil : 2010-2013**. Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JACOBI, P. R. Meio ambiente e redes sociais: dimensões intersetoriais e complexidade na articulação de práticas coletivas. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 131-158, 2000.

KAJIURA, A. P. A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no sistema único de saúde. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Org.) **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEME, T. N. Os municípios e a Política Nacional de Meio Ambiente. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 35, p. 26-52, jul./dez. 2010.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA,

N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIMA, G. F. C. A institucionalização das políticas e da gestão ambiental no Brasil: avanços, obstáculos e contradições. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, n. 23, p. 121-132. Paraná: Editora UFPR, 2011.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 2, p. 37-45, 2007.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MARQUES, L. **Capitalismo e colapso ambiental**. Campinas: Editora da Unicamp, 2015.

MASSARDIER, G. Cognição, políticas e ações públicas: entre coerência, fragmentação e aprendizados. In: BONNAL, P.; LEITE, S. P. (Org.). **Análise comparada de políticas públicas: uma agenda em transformação**. Rio de Janeiro: MauadX, 2011.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de administração pública: foco nas instituições e ações governamentais**. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MILARÉ, É. **Direito do ambiente: a gestão ambiental em foco**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Operacionais do SUS. Disponível em: <<http://www.sioops.datasus.gov.br/legislacao.php#NO>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

MONOSOWSKI, E. Políticas ambientais e desenvolvimento no Brasil. **Cadernos FUNDAP**, v. 9, n. 16, p. 15-24, 1989.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. OECD. Health expenditure. In: **OECD Factbook 2013: economic, environmental and social statistics**, OECD Publishing,

2013. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-103-en>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

PÁDUA, J. A. Natureza e território na construção do Brasil. In: LEAL, C.; PÁDUA, J. A.; SOLURI, J. (Org.). *Novas histórias ambientais da América Latina e do Caribe*. **RCC Perspectives**, Munique, p. 33-39, 2013.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [s.l.], v. 370, n. 9.779, p. 11-31, 2011.

PERIAGO, M. R. et al. Saúde ambiental na América Latina e no Caribe: numa encruzilhada. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 14-19, 2007.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.

PORTAL BRASIL. **População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo sus em um ano**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PNUD. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODS.aspx>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

PNUMA. **Exposição à poluição ambiental mata quase 7 milhões de pessoas por ano, alerta PNUMA**. ONUBR Nações Unidas no Brasil, fev. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/exposicao-a-poluicao-ambiental-mata-quase-7-milhoes-de-pessoas-por-ano-alerta-pnuma/>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

PRÜSS-ÜSTÜN, A.; WOLF, J.; CORVALÁN, C.; BOS, R.; MEIRA, M. **Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks**. Geneva: World Health Organization, 2016.

SANTOS, L. M.; FRANCISCO, J. R. S.; FARIA, A. M. B.; GONÇALVES, M. A. Controle por resultados na alocação de recursos na atenção básica em saúde das

microrregiões do Sudeste do Brasil. In: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; RIBEIRO, J. A. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.) **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, [s.l.], v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Supl, 2007.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

VIOLA, E.; FRANCHINI, M. Os limiares planetários, a Rio+20 e o papel do Brasil. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 10, n. 3, p. 470-491, 2012.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLLET, M.; FRITZEN, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014. Disponível em: <<http://bibspi.planejamento.gov.br/handle/iditem/671>>. Acesso em: maio 2016.