



**ESCOLA SUPERIOR DE CONSERVAÇÃO AMBIENTAL E SUSTENTABILIDADE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CONSERVAÇÃO DA  
BIODIVERSIDADE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

**ILHÉUS: POTENCIAIS EXTERNALIDADES DO PORTO SUL**

Por

ALDECY DE ALMEIDA BEZERRA SILVA

NAZARÉ PAULISTA – SP, 2011



Instituto de Pesquisas Ecológicas

**IPÊ – INSTITUTO DE PESQUISAS ECOLÓGICAS  
ESCOLA SUPERIOR DE CONSERVAÇÃO AMBIENTAL E SUSTENTABILIDADE**

ILHÉUS: POTENCIAIS EXTERNALIDADES DO PORTO SUL.

ALDECY DE ALMEIDA BEZERRA SILVA

COMITÊ DE ORIENTAÇÃO

Prof.º Dr. CLAUDIO B. VALLADARES PADUA

Msc. ANDREA BUORO

Msc. RUI BARBOSA ROCHA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL  
EM CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL  
COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

NAZARÉ PAULISTA – SP, 2011

### **Ficha Catalográfica**

Silva, Aldecy de Almeida Bezerra

Ilhéus: Potenciais Externalidades do Porto Sul,  
2011. 96 pp.

Trabalho Final (mestrado): IPÊ – Instituto de  
Pesquisas ecológicas

1. Porto Sul

2. Gestão Participativa

3. Sustentabilidade

I. Escola Superior de Conservação Ambiental  
e Sustentabilidade – ESCAS, Instituto de  
Pesquisas Ecológicas – IPÊ

### **BANCA EXAMINADORA**

NAZARÉ PAULISTA – SP, 25 DE MAIO DE 2011.

---

Prof. Dr CLAUDIO B. VALLADARES PADUA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>CRISTIANA SADDY MARTINS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> CRISTINA SETENTA ANDRADE

---

Msc. ANDREA BUORO

Dedico este trabalho ao meu pai que me estimulou na busca pelo conhecimento como um bem precioso.

Dedico a todos aqueles que acreditam que as mudanças nascem dentro de cada um de nós e se concretizam quando ousamos sair da linha de conforto em direção ao que acreditamos e buscamos o que realmente queremos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos da Secretaria de Saúde de Ilhéus, em especial a Liane, Cristina, Sergio, Andreia, Simone, Alessandra, Cássia, Mariza, Humberto, Waldemar, Antonio Jorge, Fabricio, Petruska, Rita, Naia e Monalisa, pelo carinho e apoio.

A Eduardo Salomão, Marleide Figueirendo, Antonio Rabart e Jorge Arouca e Nayran pela oportunidade desse estudo e disponibilização de documentos.

A todos os meus amigos de Camacan, em especial aos que sempre acreditaram em mim e me apoiaram: Juliana, Kinha, Cica, Caliana, Evandro, Claudio, Newton, Zene, Solange, Enésio, Élisson, Reginaldo, Matusalém, Ângela, Jáquisson, Aníbal e Benício.

Aos que exercem com honra e compromisso o controle social em busca de melhores condições de vida para as comunidades, em especial a Socorro, Jorge Luiz, Yolando, Ana, José Valmiro, Messias, Sr Amando, Sr Antonio, Gilvania e Clodoaldo Anunciação.

Às minhas amigas e mestras: Nayran, Rosimeire, Cristina, Soraya, Vitória e Jeane por alimentarem minha esperança em um mundo melhor.

A Guilherme Leal e ao Instituto Arapyau que nos deu essa oportunidade inimaginável!

A Paraíso, aos meus colegas e professores de mestrado, em especial a Cristiana e Alexandre pela amizade e revisão do texto.

Aos meus orientadores: Claudio, Andréa e Rui pelo apoio e orientação. A Cristina, Claudio, Cristiana e Andréa, pela paciência, apoio e cuidadosa revisão deste trabalho.

À minha família que sempre me apoiou em especial aos meus pais: Almerônio, Lourdes, Aurenice e João (em memória) e às minhas filhas e amigas: Zaphia e Brena.

Ao Paulo, meu amor, amigo leal, conselheiro, colega de estudos e parceiro de todas as caminhadas.

A DEUS, porque é dEle a vitória alçada em minha vida!

## SUMÁRIO

### Conteúdo

LISTA DE TABELAS	08
LISTA DE FIGURAS	09
LISTA DE ABREVIACÕES	10
RESUMO	12
ABSTRAT	13
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Breve Contextualização	14
1.2 Saúde e Meio Ambiente	16
1.3 A Promoção da Saúde como Base de Políticas de Saúde	17
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4. MATERIAIS E MÉTODOS	21
5. RESULTADOS	24
5.1 Caracterização do Município de Ilhéus	24
5.2 Perfil Epidemiológico de Ilhéus	33
5.3 Rede de Serviços de Saúde de Ilhéus	37
5.4 Projeto Intermodal Porto Sul	45
5.5 Expectativas da População	50
6. DISCUSSÃO	54
6.1 Casos Similares	54
6.2 Problemas Relacionados a Grandes Centros Portuários	56
6.3 Conflitos Socioambientais	62
6.4 Custos das Externalidades	65
6.5 Gestão Participativa na Equação de Conflitos	69
7. CONCLUSÃO	75

8. RECOMENDAÇÕES	80
8.1 Adequação da rede de serviços de saúde para atender a demanda atual e a esperada com o aumento potencial da população	81
8.2 Reestruturação da gestão municipal na perspectiva da implantação estratégica Cidade/Municípios saudáveis para a tomada de decisão mais acertada	84
9. REFERENCIAS	86

## LISTA DE TABELAS

<u>Tabela</u>	<u>página</u>
Tabela 1 – Média do Índice Desenvolvimento Humano	29
Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Ilhéus-Ba	30
Tabela 3 – Indicadores de Mortalidade em Ilhéus	34
Tabela 4 – Óbitos maternos (mortalidade materna)	35
Tabela 5 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas em Ilhéus	36
Tabela 6 – Morbidade hospitalar no município de Ilhéus.	37
Tabela 7 – Indicadores da Atenção Básica do Município de Ilhéus	40
Tabela 8 – Nº de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade	41
Tabela 9 – Atendimento ambulatorial realizado em Ilhéus, por grupo de procedimentos, e os parâmetros assistenciais preconizados por tipo de atendimento	43
Tabela 10 – Internação e suas causas nas regiões portuárias	60
Tabela 11 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas dos municípios de Vitória e Anchieta no Espírito Santo; São Luiz, no Maranhão; Itaguaí, no Rio de Janeiro e Ilhéus, Bahia.	61
Tabela 12 – Coeficiente de Mortalidade dos municípios de Vitória e Anchieta no Espírito Santo; São Luiz, no Maranhão; Itaguaí, no Rio de Janeiro e Ilhéus, Bahia.	61
Tabela 13 – Nº de internações / leito / ano, por especialidade, com taxa de ocupação hospitalar de 80%	81
Tabela 14 – Nº de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade	83

## LISTA DE FIGURAS

<u>Figura</u>	<u>página</u>
Figura 1 – Localização da Ferrovia da Integração Oeste-Leste e a instalação do Porto Sul-Ilhéus	16
Figura 2 – Municípios da Região Sul da Bahia	25
Figura 3 – Visão aérea de Ilhéus	27
Figura 4 – Vista de passeios de barco na Lagoa Encantada	28
Figura 5 – Distribuição da população de Ilhéus distribuída por faixa etária e sexo	29
Figura 6 – Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, no ano selecionado e últimos dez anos precedentes	35
Figura 7 – Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente	36
Figura 8 – Alternativas locacionais	46
Figura 9 – Port of Los Angeles	57
Figura 10 – Pó de minério que sai de Tubarão e polui as cidades	58
Figura 11 – Taxa de crescimento de mortalidade por causas externas. Bahia 2000 – 2009	77

## LISTA DE ABREVIações

AAE	Avaliação Ambiental Estratégica
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CEPRAM	Conselho Estadual do Meio Ambiente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CODEBA	Companhia das Docas do Estado da Bahia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EIA/RIMA	Estudo de Impactos Ambientais/ Relatório de Impactos Ambientais
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFBA	Instituto Federal da Bahia
IMA	Instituto do Meio Ambiente
INFRAERO	Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização PanAmericana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD/ UNPD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão

SEMA	Secretaria Estadual do Meio Ambiente
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascimentos
SST/EUA	Segurança de Saúde no Trabalho/ Estados Unidos da América
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## RESUMO

### ILHÉUS: POTENCIAIS EXTERNALIDADES DO PORTO SUL

Aldecy de Almeida Bezerra Silva

Orientador: Prof. Dr. Claudio B. Valladares Padua

O município de Ilhéus, que atravessa difícil fase socioeconômica vê na implantação de um complexo multimodal a solução de muitos problemas. Um investimento desse porte pode provocar grande fluxo migratório. Ilhéus já apresenta problemas como a insuficiência dos serviços básicos de saneamento, coleta e destinação adequada do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionados com a pobreza e o subdesenvolvimento, somam-se agora a perspectiva de poluição química e física do ar, da água e da terra, aumento da violência, prostituição, dentre outros problemas socioambientais. Este estudo busca identificar potenciais impactos sobre a saúde da população sob a luz de experiências semelhantes vividas em outros municípios, a fim de apresentar alternativas conciliando um melhor desenvolvimento da região com a demanda por emprego e renda sem que isso signifique degradação dos espaços naturais e queda na qualidade de vida; sem que esse desenvolvimento implique no comprometimento ainda maior da segurança, do acesso aos serviços e equipamentos públicos, das condições de moradia e transporte já estrangulados.

A qualidade de vida na intersectorialidade foi identificada em experiências exitosas em estratégias de gestão participativas, a exemplo da estratégia das cidades saudáveis, concluindo com a indicação da reestruturação da gestão municipal nesta perspectiva na equação de conflitos e tomada de decisão mais acertada para Ilhéus.

## **ABSTRACT**

### ILHÉUS: POTENTIAL EXTERNALITIES PORT SOUTH

Aldecy de Almeida Bezerra Silva

Advisor: Prof. Dr. Claudio B. Valladares Padua

The city of Ilheus, which crosses socioeconomic sees difficult phase in the implementation of a complex multimodal solution of many problems. An investment of this size can cause great migration. Islanders already presents problems such as lack of basic sanitation, collection and proper disposal of garbage and poor housing conditions, usually related to poverty and underdevelopment, add now the prospect of physical and chemical pollution of air, water and land, increasing violence, prostitution, among other socio-environmental problems. This study seeks to identify potential impacts on people's health in light of similar experiences lived in other counties in order to provide a better alternative reconciling development of the region with the demand for employment and income without this implying degradation of natural spaces and fall quality of life, without compromising in this development involves even greater security, access to public facilities and services, from housing and transport has strangled.

The quality of life in intersectoral was identified in successful experiences in participatory management strategies, such as the healthy cities strategy, concluding with an indication of the restructuring of municipal management in this perspective in the equation of conflict and decision making more accurate to Ilheus.

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Breve Contextualização

O Sul da Bahia é uma dessas regiões onde os desafios de saúde pública e problemas ambientais se encontram acrescidos ainda da triste realidade de 55% da população viver abaixo da linha da pobreza<sup>1</sup> e, portanto, em alto grau de vulnerabilidade física. Outro desafio é a alta concentração de renda encontrada na região onde 97% do PIB estão concentrados em Itabuna e Ilhéus e apesar disso a taxa de desemprego chega a 22,4% e 24,8% nestas cidades, respectivamente. Na região, 51,7% das pessoas recebem até meio salário mínimo por mês e 46,2% da população depende da assistência do Bolsa-Família (EIA/RIMA, 2009).

Observa-se que esta Região Sul da Bahia, em especial a cidade de Ilhéus, atravessa nesse momento uma fase socioeconômica bastante difícil, o que tem comprometido de forma significativa os indicadores de saúde, de educação e geração de emprego e renda regionais, levando ao aumento da violência, da prostituição e exploração do trabalho infantil.

Preocupado com esta situação, o governo municipal de Ilheus, está apoiando um ambicioso projeto do Estado da Bahia que contempla o município, mais diretamente, e toda a região, indiretamente. Trata-se do Complexo Logístico Produtivo do Sul da Bahia. Sua concepção envolve a construção da Ferrovia da Integração Oeste-Leste e a instalação de um porto público integrado a um Terminal de Uso Privativo da empresa Bamin. Tal empreendimento está destinado, em um primeiro momento, ao escoamento de minério de ferro de uma mina desta empresa, localizada no município de Caetité, no oeste baiano, e da produção agrícola, associando empreendimentos vinculados à rota siderúrgica e dentro de uma nova estratégia logística, interligar as áreas produtoras de grãos do oeste e as reservas ferríferas do

---

<sup>1</sup> O Banco Mundial, em seu *Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1990* estabelece que a linha de pobreza mundial é de menos de 1 dólar por dia.

sudoeste a uma estrutura portuária com capacidade para o escoamento de grandes volumes (AAE, 2008). No que diz respeito ao ordenamento territorial, um investimento desse porte pode provocar uma grande migração de pessoas de outros municípios e até Estados por conta das expectativas de oportunidades de empregos. Segundo o Relatório de Avaliação Ambiental Estratégica – Produto-2 (2008) o processo de ocupação e de migração são fenômenos de consequências mais amplas, que deverá envolver não apenas Ilhéus, mas os municípios no entorno, já se verificando ocupação urbana em ambas as áreas, com concentração mais acentuada em Aritaguá.



Figura 1: Localização da Ferrovia da Integração Oeste-Leste e a instalação do Porto Sul - Ilhéus. Fonte: <http://www.souzaandrade.com.br/blog08/wp-content/uploads/2008/12/ferroviaoestelestejeqba.jpg>

A imaturidade da região para receber um complexo desses sem ter que arcar com grandes consequências negativas está evidente em matéria publicada no Valor Econômico (28.11.2009), quando J.N.Soub o próprio Secretário de Governo da Prefeitura de Ilhéus declara que o escoamento do material necessário para as obras do referido complexo será fatal para o trânsito local e diz que as vias não estão preparadas para o tráfego intenso de caminhões, que a ocupação territorial de Ilhéus

está na casa de 25% de déficit habitacional, o que se constitui importante problema social. Declara ainda que a infraestrutura urbana está deficiente – apresentando problemas em áreas como saneamento básico e mobilidade urbana.

A Organização Pan-americana da Saúde (1999 1), reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

Quais impactos transformações promovidas por um empreendimento dessa magnitude poderão provocar não só na infra-estrutura local, mas, em toda a complexa rede de fatores que determinam e condicionam a saúde dos diferentes grupos humanos que aí vivem, em cada contexto sócio-econômico e cultural específicos?

Portanto, se o Complexo é inevitável, seus impactos devem ser abordados de frente e ao menos devem se discutir a inclusão da dimensão da saúde nos procedimentos de avaliação de impactos ambientais do empreendimento. Existe farta literatura mostrando que de acordo com seu porte e gênero de atividade, um complexo portuário pode transformar profundamente o território em que se instale, nas dimensões econômicas, ambientais, simbólicas e sociais, (RIGOTTO, 2009). Estas inter-relações precisam ser antecipadamente explicitadas, para que os diversos atores (a serem) envolvidos no processo de tomada de decisão possam avaliar adequadamente o empreendimento e seus impactos. E é nesta perspectiva, que este estudo traz à luz das discussões informações consideradas de relevância para a construção de possíveis caminhos na equação de conflitos identificados nesse contexto e nas experiências pesquisadas em municípios onde empreendimentos semelhantes foram implantados.

## **1.2 Saúde e MeioAmbiente**

A perspectiva de promoção da saúde tem gerado discussões em torno do meio ambiente e da sua influência sobre a saúde pública com conseqüências na

construção de agendas internacionais propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pelo menos um de seus satélites, a Organização Mundial da Saúde (OMS), como se pode ver nos programas Saúde para Todos e Objetivos do Milênio. (WESTPHAL & MENDES, 2000)

Para entendermos melhor essas mudanças, há a necessidade de compreender a relação entre saúde e meio ambiente que tem sido descrita tradicionalmente na saúde pública, apenas no que tange às doenças infecto-contagiosas envolvendo a relação: agente-hospedeiro. É crescente a importância de doenças como o câncer e as cardiopatias, bem como o reconhecimento público dos problemas ambientais, pelo desenvolvimento da epidemiologia e da toxicologia ambiental. Tudo isso agravado pelos problemas de condições de vida que envolve o saneamento e aborda a temática ambiental com a preocupação no desenvolvimento de infra-estruturas, de fontes de água para consumo humano, da deposição apropriada de esgoto e lixo, tornam a relação entre saúde e ambiente ainda mais íntimas. Acrescentem-se ainda nos tempos modernos o aparecimento ou re-aparecimento de inúmeras doenças provavelmente pelo fenômeno das mudanças climáticas globais (PORTO & MARTINEZ-ALIER, 2007).

Todos esses fatores levam a prever que a continuidade da vida na Terra em evolução requer a necessidade de um olhar sobre a relação saúde-ambiente a partir dos processos sociais e de desenvolvimento econômico e, naturalmente, da adição de novas variáveis a uma compreensão e ação na saúde pública. É preciso incorporar as dimensões política, econômica, cultural e ecológica na compreensão dos problemas de saúde das populações que devem ser vistos cada vez mais como fenômenos complexos e multidimensionais, exigindo, portanto, novas estratégias de intervenção.

### **1.3 A Promoção da Saúde como Base de Políticas de Saúde.**

A Carta de Ottawa - um dos documentos mais importantes que se produziram no cenário mundial sobre o tema da saúde e qualidade de vida afirma que os recursos

indispensáveis para se ter saúde são: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social.

Isto implica o entendimento de que saúde é resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, daí resultando sociedades mais ou menos saudáveis. Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, isto é, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde.

Corroborando com esse argumento, em um artigo publicado no site da Fiocruz (2003), Buss<sup>2</sup>, lembra que:

*Na maior parte do tempo de suas vidas, a maioria das pessoas é saudável. Isto significa que, na maior parte do tempo, a maioria das pessoas não necessita de hospitais, CTIs ou complexos procedimentos médicos, diagnósticos ou terapêuticos. Mas durante toda a vida, todas as pessoas necessitam de água e ar puros, ambiente saudável, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favoráveis, prevenção de problemas específicos de saúde, assim como educação e informação.*

*(<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8&inoid=34>).*

Logo, promoção de saúde, vai além do tratamento de doenças e controle de processos endêmico-epidêmicos, mas se estende na qualidade de vida que inclui promoção de condições de conforto e bem-estar, que decorrem da higienização, sanitização e da disponibilização de infra-estrutura tanto nas cidades como nas zonas rurais (BRASIL, 2009).

Se estende outrossim a boas condições ambientais como ar, rios, lagos, estuários, solos não poluídos, não contaminados e não degradados que está diretamente correlacionado com florestas, manguezais e outros ecossistemas preservados, têm uma relação direta com as condições de conforto e bem-estar vivenciadas pelas

---

<sup>2</sup>Paulo M. Buss, Professor de Saúde Pública, Presidente da Fiocruz (2003).

populações (BRASIL, 2001). Comprova-se essa realidade pela evidência histórica de que a taxa de mortalidade de áreas urbanas e industriais é muito maior do que em áreas não poluídas ou de pouca poluição (BRASIL, 2009).

Apesar disso, a relação da Saúde Pública com as questões ambientais no Brasil, está longe de se encontrar em um estágio satisfatório, como claramente reconhece o Plano de Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (1995). Este documento demonstra a importância à saúde de questões como os impactos industriais, que dizem respeito ao ambiente de trabalho e à poluição do ar, da água e do solo, bem como a acidentes ambientais (explosões, vazamentos e incêndios envolvendo petróleo e outras substâncias químicas) cujos danos à saúde ainda são pouco avaliados. Nestes casos, o tema da saúde humana e ambiental se intensifica pela vulnerabilização de populações e territórios afetados, e a gravidade dos problemas de saúde pública se apresenta como importante bandeira de luta para as populações atingidas e movimentos sociais diversos.

## **2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

Segundo Scarano e Oliveira (2005), Mestrados Profissionais (MP) na área de ecologia e Meio Ambiente são um importante passo no sentido de construir uma ligação mais eficiente e duradoura entre a produção de conhecimento ecológico no país e a tomada de decisão referente a problemas nacionais, e até internacionais, na esfera ambiental. Concomitantemente à oportunidade de realizar este estudo, tendo em vista a implantação do Programa Multimodal de Transporte e Desenvolvimento Mínero-Industrial da Região Cacaueira – Complexo Porto Sul, a Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus em 2009, percebia outrossim a necessidade de diagnosticar a capacidade instalada dos serviços de saúde de Ilhéus, nessa perspectiva..

*A escolha de um tema não se dá de forma espontânea, não surge ao acaso e sim dos interesses e circunstâncias socialmente condicionadas às observações e aos problemas que se apresentam ao pesquisador durante sua vivência profissional numa dada sociedade, numa dada época (MINAYO, 1.994).*

Assim, durante o curso diversas vezes se discutiu sobre a importância de apresentar um produto que pudesse subsidiar à gestão na tomada de decisão, a partir da capacidade instalada dos serviços de saúde. Um produto que buscasse alternativas conciliando a demanda por emprego e renda com incorporação de tecnologias necessárias ao maior desenvolvimento da região. Isso sem que gerasse degradação dos espaços naturais e queda na qualidade de vida da população da região. Era desejável também que esse desenvolvimento implicasse no comprometimento ainda maior da segurança, do acesso aos serviços e equipamentos públicos, das condições de moradia e transporte já estrangulados. No entanto, uma solução que para muitos parece inexistir, até porque, não se trata de questões simples de preservação da fauna e flora, nem da ampliação da oferta de serviços públicos de saúde e educação formal, nem mesmo da simples decisão por abertura de novas estradas e ruas. Trata-se na essência de questões complexas que envolvem todas essas variáveis e que são interligadas na sua concepção.

Era necessário um produto que oferecesse subsídios à tomada de decisão e que orientasse um caminho para menor impacto negativo. Nesse contexto, são vários os aspectos que denotam a complexidade e a importância da tomada de decisões no âmbito da gestão pública em saúde. Dentre esses, pode-se citar: a baixa integração entre os indicadores de saúde e os indicadores sócio-econômico-culturais indiretamente relacionados à qualidade de vida e ao perfil de saúde das populações. Esses aspectos certamente não representam a totalidade do que compõe a complexidade do contexto em que se insere a necessidade da tomada de decisão precisa e oportuna na gestão pública em saúde. No entanto, alguns problemas podem ser representados pela descrição das condições de vida, condições de morbimortalidade, aspectos demográficos e características dos serviços de saúde. Muito embora informações sobre os impactos potenciais da proposta de implantação do Complexo Intermodal Porto Sul venham sendo disponibilizados por vários estudos realizados ao longo do curso pelo governo estadual através de instituições de pesquisa contratadas para esse fim, o impasse continua na falta de consenso acerca do que seja prioridade para a população de Ilhéus. Este estudo busca a

reorganização do conhecimento, à luz de experiências semelhantes vividas em outros municípios, trazendo maior clareza à importância da criação de políticas públicas modernas e adequadas à visão de sustentabilidade local e regional.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo deste estudo é identificar os impactos potenciais sobre a saúde da população com a implantação do Complexo Multimodal Porto Sul no município de Ilhéus sob a luz de experiências semelhantes vividas em outros municípios, a fim de subsidiar a gestão pública e a sociedade civil organizada<sup>3</sup> para a tomada de decisão mais acertada para a sustentabilidade local e regional.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- a) Descrever o município de Ilhéus/BA e sua capacidade instalada em serviços de saúde;
- b) Comparar estudos realizados em empreendimentos semelhantes com a implantação do Porto Sul, identificando possíveis repercussões na saúde da população local e regional;
- c) Propor a gestão pública e a sociedade civil organizada de informações técnico-científicas a serem consideradas na tomada de decisão em relação a grandes obras de infra-estrutura.

### **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

---

<sup>3</sup> Conselhos Municipais, Associações, Organizações não Governamentais.

Neste estudo utilizou-se o método de pesquisa bibliográfica que, segundo Lakatos (1993), é aquela baseada na análise da literatura já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita e até eletronicamente, disponibilizada na Internet com objetivo exploratório, pois visou-se proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, envolveu levantamento bibliográfico, análise de exemplos que estimularam melhor compreensão da matéria em estudo. Baseiou-se na coleta de informações sobre a proposta do Complexo Multimodal Porto Sul em livros, artigos, monografias, dissertações, teses, jornais, revistas de difusão e periódicos. Isso foi realizado evidentemente na perspectiva de identificar os principais impactos sobre a saúde, enquanto qualidade de vida, que poderão surgir a partir da implantação desse grande conjunto de obras de infra-estrutura a médio e longo prazo no município de Ilhéus e região. Para tanto foram utilizados dados secundários obtidos a partir dos grandes bancos de informações do IBGE, ANVISA, CODEBA, IMA. , CNES, DATASUS, SIM, SINASC, SINAN e SIAB. Buscamos, ainda, informações secundárias no Relatório Municipal de Gestão da Saúde de Ilhéus, Portarias e Resoluções Ministeriais, no sentido de identificar e descrever a capacidade instalada em serviços de saúde no município de Ilhéus.

A capacidade instalada em Ilhéus para atender as potenciais demandas por serviços de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde avaliadas neste estudo considera os parâmetros assistências, internacionalmente reconhecidos baseados em dados da OMS e OPAS que estabelece a necessidade de consultas e serviços complementares por especialidade (SIA/SUS) com base em estudos e pareceres de especialistas para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento. Os parâmetros assistenciais, apresentados pelo Ministério da Saúde, na forma da Portaria MS/GM 1.101 - 12.06.2002, calcula a capacidade instalada e demanda por serviços de saúde com base populacional. Considerando que Ilhéus recebe uma demanda significativa por serviços de saúde de municípios circunvizinhos através da Pactuação Programada Integrada – PPI, serão acrescidos aos números indicados da necessidade de vagas para atendimento da população própria de Ilhéus aos

procedimentos/ atendimentos/ leitos os valores obtidos a partir do resultado da referida PPI das demandas referenciadas para atendimento em Ilhéus.

Para atender as expectativas levantadas de médio e longo prazo dos atores sociais relevantes, á luz da implantação do Complexo Multimodal Porto Sul e analisar sua viabilidade, os resultados obtidos deverão significar o saldo disponível para o crescimento populacional a curto, médio e longo prazo e, portanto, a necessidade de investimentos para atenção à saúde.

#### **4.1 Estrutura do Estudo**

O Município de Ilhéus está descrito na primeira parte desse estudo quanto aos aspectos geográficos, econômicos e sociais de maior relevância considerados para o contexto.

Em seguida o perfil epidemiológico da população de Ilhéus é apresentado, onde foram considerados os indicadores oficiais disponibilizados no DATASUS, sem ignorar as considerações observadas no Relatório Anual de Gestão da Saúde de Ilhéus – RAG de Ilhéus (2008).

A estrutura dos serviços de saúde existente foi o terceiro ponto explorado, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e do RAG de Ilhéus (2008). Para avaliar a capacidade instalada foram considerados os Parâmetros Assistenciais propostos pelo Ministério da Saúde através da Portaria 1.101/ 2002, como também foi observada a condição de cidade de referência para mais de dezenove municípios, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI).

O quarto ponto descreve a proposta do Complexo Multimodal Porto Sul considerados os aspectos de relevância para este estudo e as expectativas dos atores sociais envolvidos no processo. Isso será desenvolvido através de informações levantadas do estudo realizado pela equipe técnica do Laboratório Interdisciplinar de Meio Ambiente (LIMA), do Instituto Alberto Luis Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa em

Engenharia (COPPE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no âmbito da Avaliação Ambiental Estratégica – AAE.

No quinto ponto são apresentados perfis epidemiológicos de municípios onde estruturas semelhantes às do referido Complexo foram instalados que também operem com exportação de grãos e bens minerais. Tudo isso com o objetivo de mensurar uma demanda de atendimentos em saúde prevista na perspectiva da implantação do Complexo Porto Sul. Para tanto, foram selecionados quatro municípios, a saber: São Luiz – MA (Ponta da Madeira), Vitória – ES (Tubarão), Anchieta (Ponta de Ubu) e Itaguaí – RJ (Sapetiba/Itaguaí), por serem considerados de destaque nacional nesse sentido.

A qualidade de vida na intersetorialidade foi identificada em experiências exitosas em estratégias de gestão participativas, a exemplo da estratégia das cidades saudáveis. Para tanto, além das pesquisas em trabalhos publicados e “sites” da “World Wide Web”, foram realizadas discussões sobre a questão com atores sociais de relevância na sexta e última parte deste estudo.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Caracterização do Município de Ilhéus**

A Capitania Hereditária de São Jorge dos Ilhéus foi a primeira capitania hereditária implantada no Brasil, pelos portugueses, no ano de 1534, sendo elevada à categoria de cidade em 1881. Ilhéus, um dos municípios mais antigos da Bahia, está localizado na microrregião cacauzeira da Região Sul do Estado da Bahia a 429 quilômetros da capital, Salvador. Apresenta clima quente e úmido e altitude de 45,6m, a temperatura média anual é de 24° C. A geografia do município é de altos e declives e morros com barreiras geográficas significativas. Limita-se com os municípios de Aurelino Leal, Itacaré, Uruçuca, Una, Buerarema, Coaraci, Itabuna, Itajuípe e Itapitanga. Possui sistema rodoviário integrador do município com os demais da região formado pela BA 001 e BR 415 que dá acesso a BR 101. As estradas municipais dão acesso ao meio e



trezentos anos, estancando conseqüentemente a economia da Capitania. Somente nos meados do século XVIII, Ilhéus iniciou um novo ciclo econômico, com o do cultivo da monocultura do cacau (MARTINS, 2007) chegando a representar 85% da produção brasileira e 60% do PIB da Bahia, ocupando 650 mil hectares no sul do estado e, sendo produzido em 29 mil propriedades, onde em cada 5 hectares absorvia um trabalhador (REZENDE, 2009). O sistema utilizado para o cultivo do cacau, riqueza que fez crescer a região e movimentou a economia do país, aproveita as árvores nativas de grande porte para sombreamento do cacauzeiro, método conhecido regionalmente como cabruca. Esse modelo de produção contribuiu para a conservação de grandes extensões da floresta tropical primária (MARTINS, 2007).

O aparecimento da “vassoura-de-bruxa”, fungo que começou a atacar o cacau na década de 1980, se disseminou rapidamente, atingindo proporções epidêmicas, provocando em um curto espaço de tempo sérios problemas econômicos, somada às condições climáticas mais favoráveis à praga que ao cultivo do cacau e aos baixos preços no mercado internacional, constatou-se acentuada queda da produção e significativas perdas na receita cambial. Segundo ALVES FILHO (2002) em 1989 o fungo começou a atacar e fez com que, em uma década, o Brasil passasse a produzir apenas 100 mil toneladas/ano, além da queda brusca do preço no mercado internacional que passou de US\$ 4000,00/ton. para US\$ 650,00. No sul da Bahia o faturamento que era de US\$ 1,5 bilhão ao ano despencou para US\$ 60 milhões.

Com a crise do cacau, os índices de desemprego e de inadimplência por parte dos agricultores, levaram os governantes dessa região a buscarem fontes alternativas de renda para equilibrar o orçamento.

Embora o cacau continue ocupando lugar de destaque na economia da região, sendo considerado a base econômica regional, a indústria e o turismo passaram a ter maior importância na economia do município. Ilhéus tem hoje como principal atividade econômica o turismo, a indústria e a agricultura com destaque para a cultura do cacau e de subsistência, incluindo banana, coco, mamão, maracujá, mandioca, café e abacaxi. Merece atenção a expansão da pecuária, em especial o rebanho bovino.

Quanto ao turismo, além das lindas praias, a cidade ficou mundialmente conhecida pelos romances de Jorge Amado e, mais recentemente, através de novelas apresentadas pela Rede Globo de televisão. Ilhéus ainda conta com o privilégio de fazer parte da Costa do Cacau juntamente com Canavieiras, Una (Ilha de Camadatuba), Uruçuca (Serra Grande) e Itacaré, sendo todas estas cidades importantes pontos de parada para o turista que busca tranquilidade, praias e beleza cênica indescritível, sendo Ilhéus favorecida por possuir porto e aeroporto que são também porta de acesso para as cidades vizinhas.

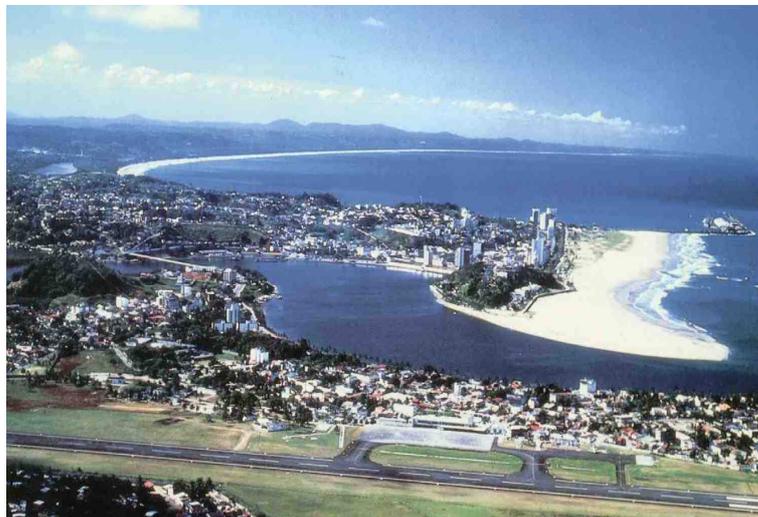


Figura – 3: Visão aérea de Ilhéus. Fonte: *Brasilturis*  
[http://3.bp.blogspot.com/\\_dS5H2UXQ5hg/TSHffFu73\\_I/AAAAAAAAAEDI/vwnmvky5B1Q/s1600/ilheus-visaogeral.jpg](http://3.bp.blogspot.com/_dS5H2UXQ5hg/TSHffFu73_I/AAAAAAAAAEDI/vwnmvky5B1Q/s1600/ilheus-visaogeral.jpg)

O município de Ilhéus oferece uma diversidade de atrativos naturais propícios à interação com o meio ambiente. A Lagoa Encantada que possui beleza natural ímpar e elevado nível de preservação ambiental, onde lindos passeios de barco são realizados em visitação a cachoeiras e com contato com a natureza, é abastecida pelo Rio Almada e diversos outros rios menores e ribeirões, cercada pela Mata Atlântica, fazendas de cacau e abriga várias ilhas de vegetação flutuante. Possui também os parques de Mata da Esperança, uma área de 347 ha de Mata Atlântica, localizado no perímetro urbano de Ilhéus, que abriga uma represa de 9 hectares; o Parque Temático Jorge Amado localizado no Povoado de Rio do Braço, com um

casario dos anos 1920 e 1930, de onde saía a Maria Fumaça; o Morro de Pernambuco, península que oferece vista panorâmica da Baía de Ilhéus e em cujo pé encontra-se a Praia da Concha e, a Serra do Conduru, formação montanhosa, transformada em Parque Estadual. A cidade é margeada pela Mata Atlântica e possui outras diversas áreas de preservação que lhe confere a condição de um paraíso tropical.



Figura – 4: Vista de psseios de barco na Lagoa Encantada  
Fonte: [http://www.indoviajar.com.br/img/fotos/366/366\\_2a.jpg](http://www.indoviajar.com.br/img/fotos/366/366_2a.jpg)

Apesar de Ilhéus possuir características especialmente favoráveis à visitação, talvez, o seu histórico de fartura e muito dinheiro disponível pela alta produção de cacau, anterior à crise, não tenha sido igualmente favorável no tocante à formação de mão-de-obra qualificada para o turismo ou outras atividades econômicas, comprometendo, em parte, a otimização dos recursos aí disponíveis.

### **Análise Economico-social da Região**

Ilhéus possui uma população de 219.265 habitantes segundo a estimativa do IBGE para 2009. Sua distribuição por faixa etária e sexo está descrita na figura abaixo:

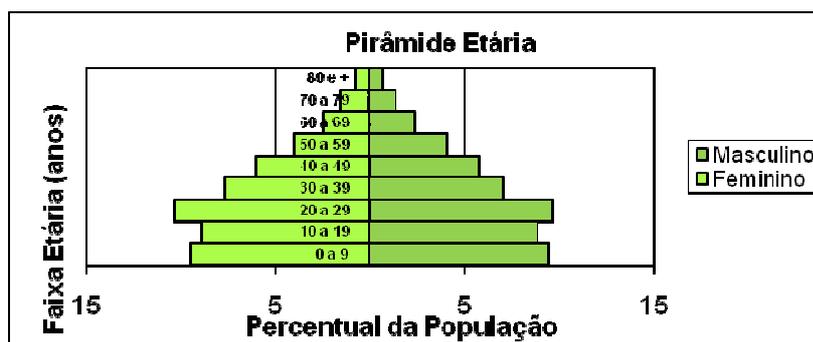


Figura 5: Distribuição da população de Ilhéus por faixa etária e sexo. Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

Os índices sociais de Ilhéus não têm evoluído de forma efetiva nas últimas décadas devido às diversidades de variáveis sociais ainda não enfrentadas pela gestão municipal. Contudo existem alguns esforços, principalmente pela implantação de alguns programas e ações federais importantes tais como: Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano; Programa de Erradicação do trabalho Infantil; Programa Sentinela; Bolsa Família; Centros de Atendimento Psicossocial; Estratégia de Saúde da família; Programa Segundo tempo e Programa Brasil Alfabetizado.

É principalmente por esse motivo que Ilhéus está classificada como 22ª cidade dentre as 417 cidades da Bahia em Índice de desenvolvimento humano, (IDH), 70º em relação ao Nordeste e 2.935º em relação a média de IDH no Brasil (Tabela 1). O poder aquisitivo da população é baixo, conforme UNDP/Atlas de desenvolvimento humano (2000). Sendo a renda média per-capita de R\$ 7.457,00 (IBGE, 2005). O índice de nível educacional é de 79,5% ocupando posição de 8º lugar no Estado da Bahia (Tabela 2).

Tabela 1. Média de Índice de Desenvolvimento Humano

MÉDIA DE IDH	ÍNDICE
ÍNDICE GERAL	0,703
IDH-M Bahia	0,626
IDH-M Nordeste	0,610
IDH-M Brasil	0,699

FONTE: PNUD/IPEA/FJP – 2005/VIOLES/SER/UNB.

Tabela 2 – índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de Ilhéus-Ba.

<b>IDH</b>	<b>Renda per capita</b>	<b>170,22</b>
	Taxa alfabetização de adultos	79,40
	Esperança de vida ao nascer	66,13
	Índice de longevidade de adulto	79,40%

FONTE: PNUD/IPEA/FJP – 2005/VIOLES/SER/UNB.

A taxa de analfabetismo verificada no município, segundo o IBGE – 2008, distribui-se da seguinte forma:

- população de 0 a 5 anos:25,5%
- população de 6 a 9 anos:15,5%
- População de 10 a 15 anos: 28,2%
- População de 15 anos ou mais: 30,8%

Segundo estudo do IMA e da UFRJ (AAE, 2009), entre 2002 e 2005 os municípios de Ilhéus, Itabuna, Itacaré e Uruçuca apresentaram taxa média de crescimento do PIB de 6,1% ao ano. Estas cidades geraram riqueza equivalente a R\$ 3,97 bilhões, o que representa 3,6% do PIB do Estado e concentra 75,4% do PIB de toda a região Sul.

No distrito industrial destaca-se o pólo de informática, além das diversas indústrias de transformação do cacau e criação de móveis e artesanatos.

O comércio vem se fortalecendo ao longo dos anos e o setor de transporte possui grande frota rodoviária, além de possuir porto e aeroporto. O Porto de Ilhéus é o maior porto exportador de cacau do Brasil e o primeiro a ser construído em mar aberto no Brasil, inaugurado em 1971. É administrado pela Companhia das Docas do Estado da Bahia – CODEBA e serve também de apoio ao desenvolvimento turístico da cidade por meio dos cruzeiros que Ilhéus recebe durante o verão.

Em sua infraestrutura, quanto ao saneamento, o sistema de captação, tratamento e distribuição de água é feito pela Empresa Baiana de Água e Saneamento (EMBASA) sendo 86,56% das residências cobertas por seu sistema de abastecimento. O

abastecimento de água chega a 80% das casas. Outro problema existe na ocupação territorial onde déficit habitacional está na casa de 25%. O Serviço de limpeza pública é de responsabilidade da Secretaria de Infraestrutura, coletado diariamente e depositado no lixão localizado na zona Sul do município. Apesar de que já se encontra em andamento a construção de aterro sanitário para esse fim. Com 73% de sua população vivendo na zona urbana, o município coleta 46% do esgoto que produz. Do total recolhido, trata menos da metade (SIAB, 2006).

O sistema educacional gerenciado pelo município é composto por 195 escolas sendo 68 do pré-escolar, 91 de ensino fundamental, 23 de ensino médio e 04 de ensino superior, além de pós-graduação. No ano de 2008 foram matriculados 8.962 alunos no ensino médio e 31.171 alunos no ensino fundamental. Dentre estas últimas, destaca-se, a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) oferecendo 23 cursos de graduação dentre eles: medicina, enfermagem, biologia, direito, medicina veterinária, pedagogia, administração, economia, comunicação, engenharia civil, de produção, elétrica e agronomia.

Encontra-se em construção uma Escola Técnica Federal – IFBA que deverá oferecer cursos das modalidades integradas, subsequentes e superiores. No nível médio existem os cursos: Técnico e Telecomunicações; Processos Industriais – Técnico em Eletroeletrônica; e Infraestrutura com o curso Técnico em Edificações. Na modalidade PROEJA (Educação de Jovens e Adultos), de ensino médio, a área priorizada é a de Tecnologia da Informação com a implantação do curso de Técnico de Manutenção e Suporte em Informática. E a modalidade subsequente deve seguir os mesmos eixos de ensino da modalidade integrada. Na modalidade superior está prevista oferta dos cursos de Licenciatura em Computação e Tecnólogo em Tecnologia e Automação Industrial.

O município possui vários conselhos instalados e em funcionamento, dentre os quais: o Conselho Municipal da Saúde; o Conselho Municipal de Educação; o Conselho Municipal de Assistência Social; o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente; o Conselho Municipal das Cidades; o Conselho Municipal do Meio Ambiente, além de

muitos comitês que estão investidos de poder para o devido acompanhamento e proposição de políticas públicas condizentes com as necessidades locais e regionais em consonância com um cenário mais amplo da sustentabilidade. No entanto, a atual estrutura dos conselhos não tem garantido uma gestão participativa com qualidade, mas antes fragmentado os encaminhamentos comprometendo o resultado almejado por todos, o que fica evidente na fala da presidente do Conselho das Cidades, M<sup>a</sup> Socorro Mendonça<sup>4</sup> em matéria publicado no site da Rede Latinoamericana de Cidades Justas e Sustentáveis:

*“...Hoje, um projeto, por exemplo, de HIS (Habitação por Interesse Social) para atender a demanda da população com renda mensal de 0 a 3 Salários Mínimos, é discutido apenas no Conselho do Meio Ambiente, o qual fica responsável, além da questão ambiental, pensar em todos os demais temas (saúde, educação, transporte, segurança, etc.) enquanto os Conselhos específicos de cada um dos temas apontados, sequer tomam conhecimento dos problemas que estão por chegar. Os Conselhos são espaços de governança, onde deve estar garantida a efetiva participação da Sociedade Civil Organizada.”*  
<http://redciudades.net/blog/?tag=sustentabilidade>

E propõe:

*“Tendo em vista o problema do aparelhamento dos Conselhos municipais, a minha proposta é de que as deliberações aconteçam numa grande plenária, formada por todos os Conselheiros de todos os Conselhos. Também podemos pensar que os municípios com até 300.000 habitantes tenham apenas um grande Conselho, com Câmaras Técnicas temáticas, que discutirão as questões relativas ao tema, elaborará um parecer que será deliberado apenas na grande plenária. Neste espaço de governança, a visão sistêmica dos problemas e soluções do município, será debatida por todos.*  
<http://redciudades.net/blog/?tag=sustentabilidade>

---

<sup>4</sup>M<sup>a</sup> Socorro Mendonça, presidente da Associação Açãoilhéus, membro dos Conselhos do Meio Ambiente e das Cidades

## 5.2 Perfil Epidemiológico de Ilhéus

A necessidade de que as tomadas de decisões sejam antecedidas de discussões amplas e interssetoriais também precisam acontecer ao nível do executivo municipal na busca de caminhos que melhorem os indicadores de morbimortalidade considerados relativamente sensíveis às condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes (WOOD & CARVALHO, 1988). Além disso, fatores ambientais e socioculturais devem ser considerados, não sendo possível, portanto, separar o nível de mortalidade de sua estrutura e de sua relação com fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais. Na Europa, as Revoluções Agrícola e Industrial, a urbanização e a melhoria das condições de vida durante os últimos séculos foram responsáveis por um importante declínio da mortalidade e pela modificação do perfil epidemiológico da população. Na Inglaterra, observa-se que, no século XVIII, o principal fator responsável pelo declínio da taxa de mortalidade foi a redução das doenças infecciosas, graças a melhores níveis de nutrição alcançados com a Revolução Agrícola e com melhorias estritamente ambientais (MCKEOWN & BROWN, 1956).

A determinação do perfil epidemiológico da mortalidade deve ser considerada como o resultado de um processo dinâmico, onde as variáveis são interdependentes e podem ter um peso diferenciado, de acordo com o local, com a sociedade e com o tempo histórico. Segundo Wood & Carvalho (1988), de fato, no Brasil, o desenvolvimento econômico e a introdução de medidas preventivas tiveram grande relevância nos mecanismos de mudança do padrão de mortalidade. O passo e a velocidade da mudança na mortalidade nos últimos 40 anos sugerem que tanto a difusão de tecnologias de controle quanto a melhoria no padrão de vida tiveram importante papel.

Em relação à mortalidade infantil, o município de Ilhéus apresentou, em 2006, 26 óbitos para 1.000 nascidos vivos - números considerados intermediários, já que o índice nacional no mesmo período foi de 24,9 (DATASUS). Em 2004, esse índice era

de 31,16 para 1.000 nascidos vivos (Tabela 3). Quanto às causas mais comuns para as mortes das crianças, pode-se dizer que, há alguns anos, a maioria das crianças com idade até 01 ano morre, devido a doenças relacionadas às condições ambientais em que vivem: desnutrição e ocorrência de doenças infecciosas, principalmente diarreias e pneumonias. Com o desenvolvimento de Estratégias de prevenção e controle de doenças, como a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e o Estratégia de Saúde da Família (ESF) em parte do território, e a implementação de ações tais como vacinação, terapia de reidratação oral, promoção do incentivo a amamentação, tornou-se possível reduzir o índice de mortalidade infantil, conforme observamos na tabela abaixo:

Tabela 3 – Indicadores de Mortalidade em Ilhéus

<b>Outros Indicadores de Mortalidade</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b><u>Total de óbitos</u></b>	<b><u>904</u></b>	<b><u>1.041</u></b>	<b><u>1.122</u></b>	<b><u>1.165</u></b>	<b><u>1.158</u></b>	<b><u>1.105</u></b>	<b><u>1.101</u></b>
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	4,1	4,7	5,1	5,3	5,2	5,0	5,0
% óbitos por causas mal definidas	23,5	25,0	21,9	23,9	20,8	18,3	13,1
<b><u>Total de óbitos infantis</u></b>	<b><u>98</u></b>	<b><u>90</u></b>	<b><u>80</u></b>	<b><u>90</u></b>	<b><u>102</u></b>	<b><u>90</u></b>	<b><u>82</u></b>
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	12	20	6	8	10	7	6
% de óbitos infantis no total de óbitos *	10,8	8,6	7,1	7,7	8,8	8,1	7,4
% de óbitos infantis por causas mal definidas	12,2	22,2	7,5	8,9	9,8	7,8	7,3
<b><u>Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **</u></b>	<b><u>26,6</u></b>	<b><u>24,2</u></b>	<b><u>23,1</u></b>	<b><u>26,8</u></b>	<b><u>31,2</u></b>	<b><u>31,4</u></b>	<b><u>26,0</u></b>

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\*considerando apenas os óbitos e nascimentos

Fonte: SIM/SINASC

Outro indicador importante para avaliar a qualidade de vida de uma dada população e dos serviços de atenção à saúde é o índice de mortalidade materna, ou seja, a morte ocasionada por algum problema relacionado ao período da gestação, do parto, do puerpério ou à assistência realizada nesses momentos.

No município de Ilhéus, a taxa de mortalidade materna é considerada muito alta: em 2008, registrou-se a taxa de 1,82 mortes por 100 mil nascidos vivos, sendo que no Brasil o índice foi de 0,8 morte por 100 mil nascidos (DATASUS). Os números referentes à mortalidade materna refletem as deficiências na qualidade da atenção à saúde, não apenas da gestante, mas de todo o sistema de saúde. A maioria dessas mortes pode ser evitada com uma boa assistência no pré-natal, no parto e no puerpério.

Tabela 4: Óbitos maternos (mortalidade materna) por cidade, estado região nacional de 2002 à 2009:

	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Óbitos	Taxa												
<b>Ilhéus</b>	5	2,25	1	0,45	1	0,45	6	2,71	4	1,81	2	0,91	4	1,82
<b>Bahia</b>	161	1,21	174	1,29	167	1,23	172	1,24	157	1,13	148	1,05	128	0,88
<b>Nordeste</b>	584	1,20	596	1,21	594	1,19	638	1,25	567	1,10	584	1,12	544	1,02
<b>Brasil</b>	1.648	0,94	1.593	0,90	1.669	0,93	1.658	0,90	1.633	0,87	1.615	0,85	1.517	0,8

Fonte: DATASUS/MS.

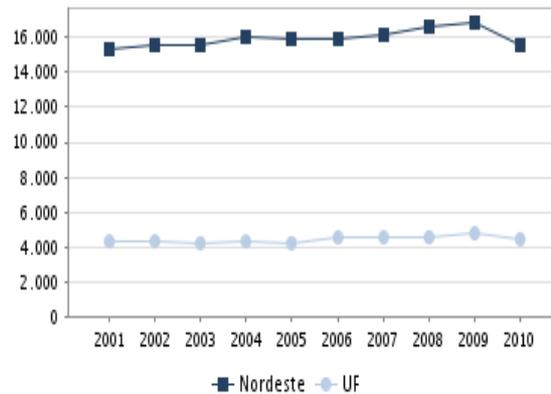


Figura 6: Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, no ano selecionado e últimos dez anos precedentes.

Fonte: SIM - Fevereiro de 2011

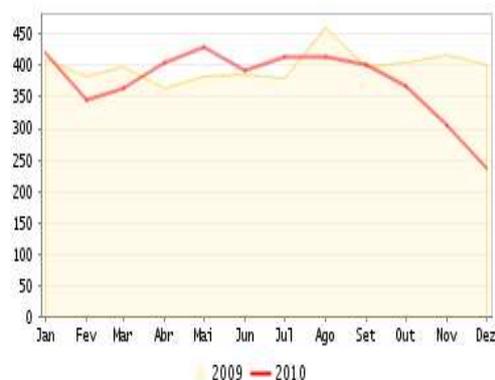


Figura 7: Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente.

Fonte: SIM - Fevereiro de 2011

Para homens e mulheres do município de Ilhéus, a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório e cardíaco, isto é, as doenças do coração: hipertensão, angina, infarto, insuficiência cardíaca, etc. Essas doenças atingem mais o sexo feminino; o mesmo ocorre nas mortes por cânceres e por doenças mal definidas, isto é, aquelas em que não há registro da causa no atestado de óbito. Em contraposição, as mortes por causas violentas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios) atingem mais os homens, principalmente os jovens e adultos.

Tabela 5 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas em Ilhéus-BA: 2000-2006

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AIDS	3,2	4,1	4,1	4,5	5,9	4,5	5,4
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	4,5	4,5	5,4	5,4	1,8	5,4	6,3
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 m)	1,8	4,5	3,6	6,3	4,5	4,5	8,1
Infartoagudo do miocárdio	12,6	13,5	25,2	14,0	14,9	15,8	18,1
Doençascerebrovasculares	33,3	42,4	39,7	43,3	41,1	40,3	47,1
Diabetes mellitus	16,7	20,8	23,0	23,9	28,0	29,4	29,0
Acidentes de transporte	11,7	11,3	10,4	15,3	16,3	16,3	11,3
Agressões	20,3	24,8	18,0	22,1	27,5	38,9	48,4

Fonte: SIM

Verifica-se também, alto número de internações por doenças do aparelho respiratório, representando a segunda causa, com percentual acima de 14% de todas as internações. As características epidemiológicas, com altos índices de doenças contraídas (cardíacas, neoplasias, traumas, metabólicas, infecções, etc.), apontam para a necessidade de repensar as estratégias de controle dessas doenças, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 6: Distribuição percentual das internações hospitalares no município de Ilhéus-BA.

<b>Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) 2007</b>	
<b>Capítulo CID – 10</b>	<b>Total</b>
Outras causas	0,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,4
Lesões envenenamento e algumas outras conseqüências por causas externas	4,9
Doenças do aparelho geniturinário	7,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,2
Neoplasias (tumores)	9,0
Doenças do aparelho circulatório	10,8
Doenças do aparelho digestivo	11,1
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>14,2</b>
Gravidez, parto e puerpério	20,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS/2009

### 5.3 Rede de Serviços de Saúde de Ilhéus

As inúmeras alterações, na gestão da saúde, no município de Ilhéus, em curto intervalo, comprometeu em muito sua expansão e organização dos serviços, em particular aqueles destinados à atenção básica que por possuir maior número de coordenações teve maior freqüência de alteração no seu quadro de comissionados com conseqüente descontinuidade dos processos de trabalho. Seria redundante falar que esses influenciam diretamente no processo decisório, de credibilidade e de educação permanente.

A organização dos serviços de assistência à saúde no município de Ilhéus conta hoje com 224 unidades prestadoras de serviços de saúde, das quais 76 (setenta e seis) são públicas municipais, 01 (um) hospital público estadual, 02 hospitais filantrópicos, embora apenas um esteja funcionando e 04 (quatro) hospitais privados, sendo dois conveniados ao SUS, o terceiro credenciado ao SUS apenas para oferta de ressonância magnética; o quarto, totalmente privado. No município, 29 (vinte e nove) unidades de saúde são conveniadas ao SUS. As demais unidades de são essencialmente privadas.

A composição do Sistema de Saúde e seus respectivos equipamentos públicos de saúde estão distribuídos por vários bairros da Ilhéus, distritos, povoados de forma a atender a proposta de descentralização dos serviços básicos de saúde, no entanto a baixa cobertura pelas ESF e EACS compromete a adequada assistência da população.

Quadro 1: Tipos e números de unidades de saúde no Município de Ilhéus

<b>Tipo e Número de Unidades de Saúde</b>	
	<b>Total</b>
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1
Centro de Atenção Psicossocial (adultos, infantil, álcool e drogas)	3
Centro de Saúde/ Unidade Básica	37
Clinica especializada/ Ambulatório de Especialidade	33
Consultório Isolado	73
Farmácia Pública	2
Hospital/Dia – Isolado	2
Hospital Geral	7
Policlínica	14
Posto de Saúde	20
Pronto Socorro Geral	1
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (Sadt Isolado)	22
Unidade de Atenção a Saúde Indígena	2
Unidade de Vigilância em Saúde	3
Unidade Mista	1
Unidade Móvel Terrestre	3

Fonte: CNES - DATASUS/MS, 2010.

A Atenção Básica à Saúde propõe o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, comprometendo-se com a atenção integral, valendo-se de ações de cuidados individuais e coletivas e atuação intersetorial. Desta forma, pode contribuir decisivamente para melhoria da qualidade de vida e com os processos de transformações sociais mais intensos (BRASIL, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família – ESF, juntamente com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS, constitui em estratégia para a reorganização do Sistema Único de Saúde, com o intuito de promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local (BRASIL, 2010). Estas estratégias visam também à humanização do atendimento, a resolutividade dos problemas de saúde da população incluindo a referência quando necessária aos níveis de maior complexidade assistencial para garantir a continuidade do atendimento. A atenção está centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que devem ir além das práticas curativas (BRASIL, 2000)

Segundo o Relatório Anual de Gestão da Saúde de Ilhéus, situação atual da Atenção Básica no município de Ilhéus caracteriza-se pela as precárias condições de trabalho, baixo e ineficiente investimento em educação permanente dos trabalhadores, além de uma desarticulação com o conjunto do Sistema de Saúde (RAG, 2009) dificultando a intervenção oportuna nos indicadores de morbimortalidade por causas evitáveis, refletindo em grande preocupação para o município. Ilhéus conta com 23 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 06 Equipes Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) o que corresponde a uma baixa cobertura da estratégia de saúde da família com 20,6% da população coberta pela ESF, que se mantém desde 2005, explicitando o baixo investimento nesse sentido, como é possível observar na tabela – 7, abaixo.

**Tabela 7: Indicadores da Atenção Básica do Município: Ilhéus – BA**

Indicadores da Atenção Básica											
Ano	Modelo de Atenção	População coberta <sup>(1)</sup>	% população coberta pela estratégia	Média mensal de visitas por família <sup>(2)</sup>	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia <sup>(2)</sup>	% de crianças c/aleit. materno exclusivo <sup>(2)</sup>	% de cobertura de consultas de pré-natal <sup>(2)</sup>	Taxa mortalidade de infantil por diarreia <sup>(3)</sup>	Prevalência de desnutrição <sup>(4)</sup>	Taxa hospitalização por pneumonia <sup>(5)</sup>	Taxa hospitalização por desidratação <sup>(5)</sup>
2003	EACS	121.296	54,7	0,11	80,5	70,9	71,3	1,8	10,5	9,4	9,5
	ESF	25.668	11,6	0,12	79,9	69,1	79,2	-	12,1	13,7	14,1
	<b>Total</b>	<b>146.964</b>	<b>66,3</b>	<b>0,11</b>	<b>80,4</b>	<b>70,5</b>	<b>73,6</b>	<b>1,3</b>	<b>10,9</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>
2004	EACS	120.263	54,3	0,11	83,0	71,6	74,5	7,9	8,3	6,7	6,7
	ESF	26.873	12,1	0,12	80,4	68,9	79,5	-	12,4	18,6	10,2
	<b>Total</b>	<b>147.136</b>	<b>66,4</b>	<b>0,11</b>	<b>82,3</b>	<b>70,8</b>	<b>76,2</b>	<b>5,3</b>	<b>9,3</b>	<b>8,9</b>	<b>7,3</b>
2005	EACS	104.623	47,3	0,11	84,3	72,2	74,6	2,1	7,1	5,9	5,5
	ESF	44.276	20,0	0,12	82,5	68,1	80,7	2,1	7,9	12,8	9,3
	<b>Total</b>	<b>148.899</b>	<b>67,3</b>	<b>0,11</b>	<b>83,7</b>	<b>70,9</b>	<b>76,8</b>	<b>2,1</b>	<b>7,4</b>	<b>7,7</b>	<b>6,6</b>
2006	EACS	83.261	37,7	0,11	88,9	67,4	76,2	-	6,2	6,1	5,0
	ESF	42.596	19,3	0,11	84,8	73,3	77,6	3,1	6,8	8,6	7,6
	<b>Total</b>	<b>125.857</b>	<b>57,0</b>	<b>0,11</b>	<b>86,9</b>	<b>70,3</b>	<b>76,9</b>	<b>1,6</b>	<b>6,4</b>	<b>7,3</b>	<b>6,2</b>
2007	EACS	44.405	20,1	0,11	91,9	65,8	81,9	4,5	5,1	1,8	1,2
	ESF	45.707	20,7	0,12	89,1	76,6	79,5	1,6	6,0	4,0	1,4
	<b>Total</b>	<b>90.112</b>	<b>40,8</b>	<b>0,11</b>	<b>90,5</b>	<b>71,5</b>	<b>80,5</b>	<b>2,8</b>	<b>5,5</b>	<b>3,0</b>	<b>1,3</b>

Fonte: SIAB

Notas: (1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

Na média e alta complexidade, Ilhéus possui 672 leitos hospitalares, dos quais 528 são credenciados ao SUS, o município possui 02 UTIs sendo um público com dez leitos, no Hospital Geral Luiz Viana Filho e a outra com oito leitos sendo sete credenciados ao SUS no Hospital São José. O Hospital Geral Luis Viana Filho é um Hospital Público Estadual. Os leitos por especialidade estão distribuídos da seguinte forma:

Tabela 8 Nº de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade, Ilhéus 2010.

Especialidade	TOTAL DE LEITOS POR ESPECIALIDADE								Necessidade	
	Estadual		Municipal		Privada		Total		Ilhéus	Acrescimo PPI/10
	SUS	Existe	SUS	Existe	SUS	Existe	SUS	Existe		
<b>Cirúrgico</b>	21	21	0	0	123	167	144	188	<b>96</b>	<b>+ 29 %</b>
<b>Clínico</b>	58	58	0	0	150	186	208	244	<b>171</b>	<b>+ 18 %</b>
<b>Complementar (UTI)</b>	10	10	0	0	7	8	17	18	<b>42</b>	<b>+45%*</b>
<b>Obstétrico</b>	0	0	0	0	73	82	73	82	<b>61</b>	<b>+ 20 %</b>
<b>Pediátrico</b>	14	14	0	0	75	88	89	102	<b>90</b>	<b>+ 14 %</b>
<b>Outros</b>	36	36	0	0	1	2	37	38	<b>185</b>	<b>Não</b>
<b>Especialidades</b>										<b>calculado</b>
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>139</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>429</b>	<b>533</b>	<b>568</b>	<b>672</b>	<b>645</b>	<b>747</b>

Fonte: CNES - DATASUS/MS, 2010.

\*04 a 10 % de todos os leitos (Portaria M.S.1.101/2002)

Na tabela acima é possível conferir a capacidade instalada insuficiente em leitos hospitalares existentes em Ilhéus, segundo especialidades, para atender a necessidade da população própria pelo SUS, ficando ainda mais comprometida quando consideradas as demandas dos municípios pactuados, até mesmo se forem considerados a contratação dos leitos privados o número de leitos é insuficiente, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e relatórios da Pactuação Programada Integrada – PPI 2010. A necessidade de Ilhéus, aqui definida foi baseada nos Parâmetros Assistências estabelecidos em Portaria Ministerial.

Verifica-se ainda, grande necessidade de melhorar o atendimento á mulher e á criança de forma humanizada e integralizada, com UTI neonatal e pediátrica, serviço este não existente no município, sendo os casos graves encaminhados para Itabuna e muitas vezes para Salvador, já que o primeiro só possui um hospital adequadamente estruturado para atendimento materno infantil de alto risco que se constitui em referência para mais de 100 (cem) municípios, portanto, sobrecarregado. Ilhéus não possui nenhum serviço de referência ao pré-natal de alto risco.

Das unidades públicas e conveniadas ao SUS, 05 (cinco) estão dentro da alta complexidade e oferecem serviços de ressonância magnética, densitometria óssea, terapia renal substitutiva, tomografia, hemoterapia, exames diagnósticos e tratamentos em oncologia e neurocirurgia dentre outros que incorporam alta tecnologia. O teto para cadastro dos pacientes renais crônicos é insuficiente para a demanda, existindo fila de espera para hemodiálise.

Há grandes deficiências estruturais nas Unidades prestadoras de Serviço da rede própria e da rede pública, comprometendo sobremaneira o sucesso das ações previstas em saúde. Exames como os de biopsia de próstata, enema baritado, urografia excretora, colonoscopia, audiometria, cistoscopia, colonoscopia, dilatação uretral, duplex, holter, ecodopplercardiograma, ecografia ocular, eletroneuromiografia, espirometria/ espirografia, mapa, mielografia lombar, pesquisa de H. Pylori, punção e biopsia de tireóide, reumatologista, teste ergométrico, urodinamica completa, urofluxometria, urografia excretora, vectoeletronistogmograma, ressonância, tomografia, dentre outros, são autorizados no setor de Extra SUS, devido ao alto custo dos procedimentos e baixo valor pago pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, a cota financeira para esse fim é pequena diante da grande demanda não conseguindo atender às necessidades da população. Solicitações de ressonâncias magnéticas chegam há aguardar 02 anos para serem realizadas (RAG, 2008). Além disso, devido à falta de estrutura da rede própria, a grande demanda por exames se constitui indicadores da fragilidade em que se encontra a saúde de Ilhéus. No referido documento, verifica-se ainda na descrição de infra-estrutura precária de grande parte das unidades de saúde próprias e credenciadas que os veículos para transporte das

equipes de saúde e de pacientes estão incompatíveis com as necessidades; o sistema de informações de dados está obsoleto para atual realidade e há deficiência do número de computadores para os serviços instalados comprometendo a geração de informações satisfatória (RAG, 2008).

Tabela 9: Atendimento ambulatorial realizado em Ilhéus, por grupo de procedimentos, e os parâmetros assistenciais preconizados por tipo de atendimento, Ilhéus, 2008.

<b>Categoria de procedimentos</b>	<b>Qtd. Aprovada, 2008 Nº</b>	<b>Necessidade para pop. de Ilhéus</b>	<b>Saldo para PPI</b>
<b>.02-Ações Médicas Básicas</b>	<b>260.904</b>	278.830	<b>-17.926</b>
.03-Ações Básicas Em Odontologia	187.389	110.647	(76.742)
.04-Ações Executadas P/Outros Prof. Nível Superior	66.923	278.830	<b>-211.907</b>
.05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	1.224	278.830	<b>277.606</b>
.07-Proced. Espec. Profis. Médicos, Out. Nível Sup./Méd	325.440	221.294	(104.146)
.08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	7.952	11.065	<b>- 3.113</b>
.09-Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos	25.180	22.129	(3.051)
.10-Ações Especializadas Em Odontologia	4.239	8.852	<b>- 4.613</b>
.11-Patologia Clínica	513.186	221.294	(291.892)
.12-Anatomopatológica e Citopatologia	12.994	10.445	(2.549)
.13-Radiodiagnóstico	40.610	22.139	(18.471)
.14-Exames Ultra-Sonográficos	10.242	6.639	(3.603)
.17-Diagnose	17.383	22.139	<b>- 4.756</b>
.18-Fisioterapia (Por Sessão)	45.459	35.407	(10.052)
.19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	6.798	8.852	<b>- 2.054</b>
.21-Próteses e Órteses	3	2.213	<b>- 2.210</b>
.22-Anestesia	-	1.217	<b>- 1.217</b>
.26-Hemodinâmica	-	133	<b>- 133</b>
.27-Terapia Renal Substitutiva	17.368	13.809	(3.559)
.28-Radioterapia (Por Especificação)	-	531	<b>- 531</b>
.29-Quimioterapia	1.483	372	(1.111)
.31-Ressonância Magnética	1.200	177	(1.023)
.32-Medicina Nuclear - In Vivo	-	620	<b>- 620</b>
.33-Radiologia Intervencionista	-	44	<b>- 44</b>
.35-Tomografia Computadorizada	2.315	885	(1.430)
.37-Hemoterapia	119.568	17.704	(101.864)

Fonte: SIA/SUS, 2008. Baseado na Portaria MS/GM 1.101 - 12.06.2002

A elaboração dos Parâmetros Assistenciais apresentados na Portaria 1.101 do Ministério da Saúde considerou os parâmetros internacionalmente reconhecidos baseados em dados da OMS e OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento. A necessidade de consultas e serviços complementares por especialidade (SIA/SUS) foi definida com base em estudos e pareceres de especialistas. Os parâmetros assistenciais, apresentadas pelos estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos de Secretarias Estaduais de Saúde foi baseado na Portaria MS/GM 1.101 - 12.06.2002.

É certo que os Parâmetros Assistenciais estabelecidos pela Portaria 1.101 do Ministério da Saúde, não atendem às necessidades impostas pela população no dia-a-dia de quaisquer serviços de saúde e até mesmo por atendimentos básicos de saúde que devido a fatores diversos tem demanda muito superior a oferta indicada pelos referidos parâmetros. A exemplo observa-se na Tabela – 9, no parâmetro para Ressonâncias Magnética, que a necessidade de oferta definida pela referida portaria é de 177 exames/ano para a população ilheense, e apesar do valor aprovado registrar 1.200 exames realizados, ainda se verifica uma fila de espera para até dois anos (RAG, 2008). No Relatório Anual de Gestão da Saúde, também é possível observar a referência de demanda reprimida para vários grupos de procedimentos, o que reflete as angústias referidas pela equipe técnica em vários tópicos do RAG – 2008, na análise dos indicadores de saúde de Ilhéus apontando a necessidade de ajuste na ofertados serviços para a atual demanda já instalada.

*Os parâmetros assistenciais proposto pelo Ministério da Saúde devem ser ajustados conforme perfil epidemiológico, sazonalidade de cada microrregião, região ou estado, à medida que se fizerem necessários, conforme a existência da atribuição de definição dos critérios e parâmetros das ações e serviços de saúde, dentre aquelas conferidas à direção nacional do SUS, pela Lei 8080/90, em seu Artigo 26; o fato de que descentralização das ações e dos serviços de saúde para estados e municípios para a consistência de um efetivo Sistema Nacional, necessita da elaboração de um planejamento ascendente por meio da Programação Pactuada e Integrada; avanços verificados em vários*

*níveis de complexidade do sistema, existência da necessidade da revisão dos parâmetros assistenciais em uso no SUS (Portaria MS/GM 1.101/02);*

A elaboração de instrumentos de planejamento, controle, avaliação e auditoria do SUS, devem levar em conta a necessidade da população, o teto financeiro da assistência e a capacidade física instalada dos serviços. Os parâmetros apresentados visam subsidiar a quantificação dos serviços, sendo ainda, indispensável, no campo da saúde, considerar a qualidade do atendimento; necessidade e importância da promoção de ampla discussão do assunto, possibilitando a participação efetiva da comunidade técnico científica, entidades de classe, profissionais de saúde, gestores do SUS e sociedade em geral na sua formulação.

#### **5.4 Projeto Intermodal Porto Sul**

Os dados do item anterior mostram claramente que Ilhéus e região possuem uma situação que não atende as necessidades da população, onde as demandas locais e a falta recursos financeiros para atender as necessidades básicas de seus municípios, que esperam emprego, renda, educação de qualidade, moradias salubres, saúde, saneamento básico, lazer e segurança, não são satisfeitas.

O Complexo Porto Sul, projeto do Governo do Estado da Bahia que contempla Ilhéus com a chegada da Ferrovia Oeste –Leste e com a construção do Terminal de Uso Privativo e de um Porto Público, tem como uma de suas justificativas a necessidade de responder a estas carências locais com a vinda de um empreendimento que revitalizaria a economia local. O empreendimento ambiciona a abertura de um novo eixo de desenvolvimento, integrando o sul da Bahia à economia nacional com uma área industrial, uma zona de processamento de exportação (ZPE) e passagem ao gasoduto Sudeste-Nordeste (Gasene).

O projeto inclui a construção da Ferrovia Oeste-Leste planejada com cerca de 520 km para fazer o transporte de minério de ferro a ser explorado em uma mina em Caetité, município do oeste baiano, e está incluída nas obras do PAC – Programa de

Aceleração do Crescimento do governo Federal. O Terminal de Uso Privativo (porto privado) está previsto inicialmente, para ser implantado em Ponta da Tulha, a três quilômetros da costa, com profundidade em torno de 20 m, capacidade para navios de grande porte, com píer e bacia de manobra com capacidade para exportação por navios de 18 milhões de toneladas por ano de minério de ferro (EIA/RIMA, 2009). Está previsto, ainda a implantação de um Retroporto – estruturas terrestres, interligado às estruturas marítimas, por meio de uma Ponte de Acesso de 2.300m. No mar, estão previstos Píeres de Carregamento de Minérios e de Rebocadores e um Quebra-Mar.

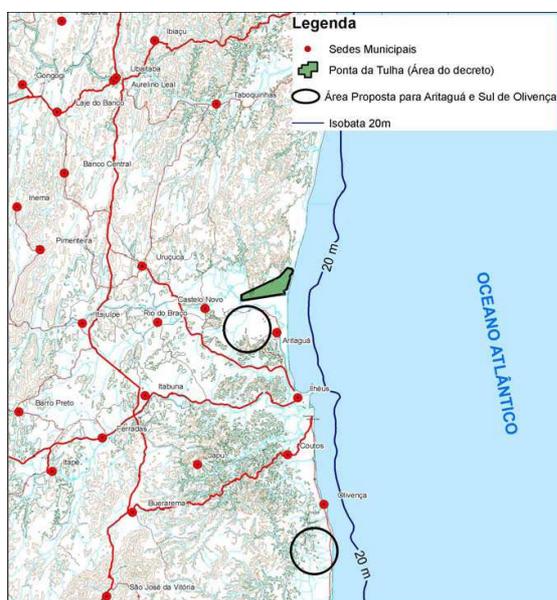


Figura 8 – Alternativas Locacionais  
 Fonte: Parecer Conjunto Ambiental e de Engenharia.  
 LIMA/COPPE/UFRJ – IMA/ SEMAD.

O licenciamento de um empreendimento desse porte exige um Estudo Prévio de Impacto Ambiental (EIA) e respectivo Relatório de Impacto Ambiental (RIMA), instrumentos da política Nacional do Meio Ambiente, instituídos pela RESOLUÇÃO CONAMA N.º 001/86, de 23/01/1986, cuja finalidade é avaliar o impacto ambiental que uma atividade utilizadora de Recursos Ambientais considerada de significativo potencial de degradação ou poluição. Neste caso o licenciamento ambiental apresenta uma série de procedimentos específicos, inclusive realização de audiência pública,

e envolve diversos segmentos da população interessada ou afetada pelo empreendimento.

A Secretaria de Estado da Casa Civil, após realização de reunião, em 14 de outubro de 2008, com a participação das Secretarias de Planejamento, Meio Ambiente, Indústria, Comércio e Mineração e Infra-Estrutura do Estado da Bahia, emitiu parecer conjunto

configurado pelos aspectos técnicos relevantes do ponto de vista ambiental e de engenharia nos seguintes termos:

*“O Complexo Porto Sul deverá se constituir em um centro logístico importante, oferecendo uma alternativa eficiente e competitiva para o escoamento da produção agrícola e mineral e para a importação de insumos e produtos para o Estado e região central do Brasil.(...)”*

*(...). Trata-se de uma estrutura de escoamento de produtos capaz de atrair atividades industriais e suas respectivas cadeias produtivas, como é o caso da siderurgia e do pólo metal-mecânico. (...)*

E acrescenta:

*Ao mesmo tempo, entretanto, há uma série de aspectos negativos que devem ser considerados. A simples expectativa com relação aos novos investimentos pode induzir fluxos migratórios capazes de sobrecarregar a infra-estrutura existente, agravando uma série de problemas comuns aos centros urbanos em áreas como segurança, saúde, educação, transporte e saneamento ambiental. Ainda nesse sentido, são muito importantes os problemas associados à expansão desordenada e ocupação irregular no entorno dos centros urbanos e do próprio complexo portuário. (...)*

*Com relação aos aspectos ambientais, ressalta-se que os impactos potenciais da implantação do Porto Sul sobre a biodiversidade, a dinâmica dos ecossistemas terrestres e marinhos, a alteração da paisagem e a modificação em termos qualitativos e quantitativos dos recursos hídricos irão extrapolar o sítio portuário e as retro-áreas. Estes impactos devem surgir regionalmente, como consequência das fortes alterações de ordem econômica e social esperadas. (..). (Parecer Conjunto Ambiental e de Engenharia – EIA/RIMA, 2009)*

Apesar disso, segundo, Eduardo El Hage<sup>5</sup>, em Audiência Pública na Câmara de Deputados (17.06.2010), o Ministério Público Federal constatou inúmeras irregularidades ao longo do processo de instalação do empreendimento. Na análise do

---

<sup>5</sup> Procurador da República em Ilhéus

EIA/RIMA, pela empresa contratada para esse fim, onde das cinco proibições absolutas para a supressão de Mata Atlântica, foram identificadas três:

1º. Existência de espécies em extinção na região escolhida – A região possui várias espécies em extinção, a exemplo do macaco do peito amarelo, da lontra e do bicho preguiça-de-coleira, além de uma área riquíssima em biodiversidades, como o próprio estudo afirma;

2º. Se a área estiver protegendo o entorno de Unidade de Conservação – UC – Nesse caso, não se trata de região do entorno, a área indicada está inserida em uma UC de uso sustentável, que é a APA da Lagoa Encantada;

3º. Se a área tiver excepcional valor paisagístico. O excepcional valor paisagístico tem reconhecimento do próprio Governo do Estado através do Decreto de criação da APA da Lagoa Encantada.

O Procurador Federal lembra que a lei de nº 11.428/06, que consubstancia a proteção ao bioma, em seu Artigo 14, declara que só é permitida a supressão da Mata Atlântica se houver interesse público. Acontece que até agora só foi declarado o interesse privado, já que não existe nenhum projeto de porto público em processo. Ao que conclui que *“estamos falando de exterminar uma extensa área de Mata Atlântica para atender aos interesses de uma multinacional que deve gerar cerca de 160 empregos com proposta de durar apenas 15 anos”*, afirma Haje.

A Constituição Federal prevê que o meio ambiente seja tutelado, não podendo haver busca do lucro a qualquer custo e que o meio ambiente seja preservado. A preservação do meio ambiente passa pelo processo do licenciamento, e este pelo processo de Estudo de Impactos Ambientais – EIA/ Relatórios de Impactos Ambientais – RIMA e, ainda, que seja realizada Avaliação Ambiental Estratégica – AAE a qual deve traçar a vocação da região. Tendo então a AAE traçado o perfil do município, é que deve ser realizado o EIA/RIMA sobre empreendimentos pretendidos para áreas escolhidas.

No caso do Complexo Multimodal Porto Sul, segundo El Hage, o Governo inverteu totalmente o processo: primeiro escolheu o local do empreendimento com base no calado das embarcações pretendidas de aportar; depois desapropriou a área e fez cessão gratuita a um empreendimento privado sem licitação. Somente depois de desapropriado e cedido gratuitamente é que o Governo da Bahia realizou o EIA (2008), e por último é que foi realizado a AAE com total inversão da ordem dos processos. O Ministério Público Federal tem interferido no caso, exigindo que sejam feitas as adequações necessárias à consonância com a Constituição Federal e Lei da Mata Atlântica (Rede Sul Bahia, 2010).

O ano em que a ONU elege como o ano da biodiversidade, o Governo escolhe esse mesmo ano para destruir extensa área de Mata Atlântica onde animais com risco de extinção estão presentes para atender a interesses de empresas privadas sob argumento de gerar 160 empregos ignorando os inúmeros prejuízos sociais que vão desde o setor de turismo, passando pela pesca e toda infra-estrutura urbanística, de saúde e educação não preparadas para o potencial impacto previsto.

O Brasil, apesar de sua extraordinária biodiversidade e do enorme potencial instalado para desenvolver ações integradas na temática do ambiente, muitas vezes faz processos contraditórios, opondo políticas públicas entre si (Augusto et al, 2005).

A região é reserva da biosfera da UNESCO, diversos tratados internacionais protegem a biodiversidade ali presente, o Brasil é signatário de inúmeras convenções internacionais a esse respeito. Além disso, a baía de Aratu e canal de Cotegipe, área amplamente antropomizada, região portuária consolidada com múltiplas competências, dispõe de áreas livres capazes de abrigar um empreendimento desse porte (Rede Sul Bahia, 2010). O Programa Estadual de Logística e Transporte da Bahia (Pelt), em 2004 previa a criação de corredor de exportação ligando a fronteira agrícola do oeste baiano, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais ao mar, via conexão com a Ferrovia Centro-Atlântica – FCA e Porto de Aratu. Para isso seriam necessários investimentos de revitalização do trecho FCA entre Brumado e Aratu (Rede Sul Bahia, 2010). Ou seja,

com uma fração do orçamento previsto para a construção de uma nova ferrovia ligando Caetité a um novo porto em Ilhéus, o que deve levar anos para sua conclusão e operação, poderiam revitalizar a FCA construir um terminal na região de Aratu capaz de escoar o minério de ferro explorado como também de ligar o nordeste ao sudeste e sul representando importante eixo de desenvolvimento que além de ser ambientalmente mais apropriado, atenderia a outras demandas logística que é o escoamento de produtos agrícolas, industriais, entre outras, diminuindo a demanda de transporte através de caminhões via anel rodoviário (Rede Sul Bahia, 2010).

### **5.5 Expectativas da População**

A partir dos resultados dos trabalhos desenvolvidos pela equipe técnica do Laboratório Interdisciplinar de Meio Ambiente (LIMA), do Instituto Alberto Luis Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa em Engenharia (COPPE), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) chega-se a uma visão mais próxima da visão da comunidade.

Segundo o referido documento, considerando a relevância das informações levantadas, por sugestão do Instituto do Meio Ambiente – IMA, o fórum de acompanhamento desta Avaliação Ambiental Estratégica – AAE foi institucionalizado no âmbito do Conselho Estadual de Meio Ambiente (CEPRAM). O CEPRAM, criado pela Lei Estadual 3.163/73, é um órgão consultivo, normativo, deliberativo e recursal do Sistema Estadual de Administração dos Recursos Ambientais (SEARA). Tem a finalidade de deliberar sobre diretrizes, políticas, normas e padrões para a preservação e conservação dos recursos naturais. A sua composição é tripartite e paritária, com representações do poder público, das entidades ambientalistas e das organizações da sociedade civil. A Secretaria Executiva do CEPRAM é exercida pela Secretaria do Meio Ambiente (SEMA).

Esses resultados deverão subsidiar o Governo Estadual, através de seus órgãos competentes nas decisões a serem tomadas.

Assim poderão estabelecer as prioridades de intervenção, antecipando os riscos ambientais com adoção de diretrizes para a prevenção dos riscos e impactos cumulativos de intervenção em sistemas ambientais e áreas carentes, com redução de custos e potencialmente administrando conflitos com a vocação da região, como, por exemplo, o turismo e o cacau.

A seguir reporduzimos alguns dos interesses específicos identificados:

- Geração de emprego e renda para as populações locais.
- Ampliação do processo participativo em todas as fases de desenho, construção e operação.
- Garantia de que adequadas medidas mitigadoras e compensatórias socioambientais, eventualmente necessárias, sejam implementadas.
- Implementação em tempo hábil, da necessária infra-estrutura urbana para suprir o esperado aumento na demanda.
- Comprovação clara e inequívoca de que a relação custo-benefício social, econômico e ambiental da introdução do Porto Sul, seja maior do que as alternativas de desenvolvimento sustentável com cacau e turismo.
- Melhoria na transparência e confiabilidade das informações fornecidas pelo Governo da Bahia
- Promoção de outras agendas.
- Minimização de danos ambientais na área de influência
- Garantia de que seja adotada tecnologia de ponta em todas as instalações portuárias e industriais propostas, especialmente relacionadas à poluição e destruição de *habitats* e a minimização do impacto visual das instalações.
- Minimização dos transtornos às populações locais, especialmente aquelas atingidas pelas áreas de desapropriação e seu entorno.
- Garantia de prevenção da formação de bolsões de pobreza e marginalidade, em função da imigração descontrolada dos trabalhadores temporários (e suas famílias) durante a construção.

- Garantia de continuidade na política regional de desenvolvimento sustentável vigente na última década para a região (fundamentada no cacau e turismo).
- Minimização de danos cênicos, ao turismo, ao comércio e à pesca, na área pretendida, entorno e urbanas.
- Minimização de sobrecarregar os serviços municipais, especialmente na saúde, educação, habitação e infra-estrutura urbana.

**Ja quanto a anseios e preocupações levantadas espera-se:**

- Que os empregos gerados sejam absorvidos pela população local, evitando-se maciças levas migratórias para a região;
- Que o Governo da Bahia mude a corrente forma de conduzir o Porto Sul, para uma maneira mais participativa e focada na população local;
- Que seja comprovado que os investimentos públicos a serem realizados representem a melhor opção de desenvolvimento para a região;
- Que os inevitáveis impactos ambientais e cênicos sejam condizentes com a melhor tecnologia disponível e não apenas em razão dos investimentos financeiros necessários;
- Que os inevitáveis impactos ambientais, sociais e econômicos sejam adequadamente e efetivamente mitigados e compensados durante a vida do empreendimento; e
- Que o Governo da Bahia assegure que a qualidade e expectativa de vida melhorem para a imensa maioria, embora entenda que a vida e o cotidiano de grandes segmentos da população local mudem radicalmente.

Nesse sentido, o documento aponta três ações consideradas prioritárias, considerando os anseios e preocupações dos atores chamados relevantes

1. Fortalecer as instituições e processos para uma participação (negociação) social efetiva, especialmente junto aos "atores-chave" mencionados.
2. Focar mais as iniciativas do Porto Sul nas populações locais e menos nos interesses das empresas proponentes.

**3.** Comprovar clara e inequivocamente que a proposta apresentada representa o melhor custo-benefício social, econômico e ambiental para a região.

Percebe-se claramente, ao longo desse estudo a pertinência das preocupações levantadas, pois, segundo o EIA/RIMA (2009), uma obra dessas pode causar grande impacto ambiental, o que fica ainda mais claro quando examinamos a definição de impacto ambiental constante na Resolução CONAMA nº 1/86. Esta resolução considera como causadores de impacto ambiental, as alterações do meio ambiente que afetam "a saúde, a segurança e o bem-estar da população; as atividades sociais e econômicas; a biota; as condições estéticas e sanitárias do meio ambiente; a qualidade dos recursos ambientais". Logo a sobrecarga dos serviços públicos, especialmente nos serviços da saúde, da educação, da habitação e da infra-estrutura urbana irão, conseqüentemente, comprometer as expectativas de melhorar os indicadores de qualidade de vida, referida anteriormente.

Considerando que a equipe do governo municipal acredita que esse investimento deva promover o crescimento populacional em torno de 100% nos próximos dez anos, as expectativas de geração de emprego e renda deverão ficar ainda mais comprometidas, além de que a formação de bolsões de pobreza e marginalidade, em função da imigração de trabalhadores temporários (e suas famílias) durante a construção do Complexo Intermodal Porto Sul, ocorrerá conseqüentemente. Os fluxos migratórios pela simples expectativa com relação aos novos investimentos podem sobrecarregar ainda mais a infra-estrutura existente, agravando uma série de problemas comuns aos centros urbanos em áreas como segurança, saúde, educação, transporte e saneamento ambiental (EIA/RIMA, 2009), como já referido anteriormente. Segundo a AAE (2009), a implantação do empreendimento deverá durar 28 meses e, no pico das obras, irá empregar cerca de 1.900 pessoas. Estima-se que cerca de 60% da mão de obra necessária seja formada por trabalhadores da região. Quando o Terminal Portuário entrar em operação, prevista para durar 15 anos, serão contratados cerca de 160 trabalhadores, a grande maioria formada por mão de obra especializada, o que pode piorar a situação de pobreza.

Assim, o estrangulamento dos serviços públicos de saúde para a atual demanda, com indicadores de morbimortalidade preocupantes e a proposta de instalação de um grande empreendimento, com todas as conseqüências de um potencial surto migratório, pode torná-los inacessível para grande parte da população, que hoje já tem dificuldade de acesso, comprometendo ainda mais os indicadores de saúde.

## **6 DISCUSSAO**

### **6.1 Casos Similares**

O Brasil tem cerca de 50 portos de expressão, responsáveis por uma movimentação geral superior a 360 milhões de toneladas por ano. Integrados ao complexo portuário do país operam um número significativo de terminais privados, usualmente voltados à exportação de grãos e bens minerais. Em termos de bens minerais, destacam-se os portos de Vitória – ES (Tubarão), Itaqui – MA (Ponta da Madeira) Itaguaí – RJ (Itaguaí/Sapetiba) e Anchieta – ES (Ponta do Ubú), vinculados a exportação de minério de ferro, respondendo, em conjunto, por mais de 130 milhões de toneladas ao ano. Nesse sentido, a principal rota de exportação diz respeito à integração entre a vigorosa atividade mineral de Minas Gerais e a moderna estrutura do Complexo Portuário do Espírito Santo, com destaque para os terminais Tubarão e Ponta de Ubú. Ainda em relação à exportação de minério de ferro, o antigo Porto de Sapetiba, hoje Itaguaí no Estado do Rio de Janeiro, no qual está localizado o terminal da MBR (Minerações Brasileiras Reunidas), também é digno de destaque, consolidando-se na terceira posição em volume de exportação de minério de ferro no país.

O Porto de Vitória, juntamente com as demais instalações de Regência, Barra do Riacho, Praia Mole, Tubarão e Ubu, constituem o Complexo Portuário do Espírito Santo, oferecendo as melhores e mais variadas opções em serviços portuários disponíveis na América Latina, segundo a Companhia Docas do Espírito Santo (CODESA referencia). No total, os portos capixabas movimentam em torno de 45% do PIB Estadual. Os portos capixabas são responsáveis por 9,13% de todo o valor

exportado pelo país e 4,95% de todo o valor importado, sendo o segundo maior complexo exportador em valor e o sétimo maior importador, do Brasil.

Nas suas instalações, destacam-se o pátio ferroviário, onde são realizadas manobras com sistema automático, que descarregam o minério de ferro sem o desacoplamento dos vagões, com capacidade de 6.000 toneladas de minério descarregado por hora. Inaugurado em 1966, está preparado para receber navios de até 280 mil toneladas, com 2 piers (um deles com dois lados para atracação), permitindo a operação simultânea de até 3 navios, 30 mil t/h ou 80 milhões de t/a de minério (ferro, pelotas, calcário, escórias de alto forno, ferro gusa, manganês, etc.). É, em suma, o maior Complexo Portuário exportador de minério de ferro do Brasil, com fábricas em seu interior que transformam o minério bruto em "*pelets*", pequenas pelotas que facilitam a comercialização e estocagem.

O Terminal Ponta de Ubu, localizado no município de Anchieta – ES integra o complexo: mina-mineroduto-pelotização-porto, de propriedade da Samarco, voltado ao aproveitamento das reservas de minério de ferro da região de Mariana – MG possui dois berços de atracação e movimenta apenas minério de ferro e pellets. Atualmente, a Samarco Mineração S/A possui, operando neste município, três usinas de pelletização de minério de ferro, um porto para escoamento da produção e dois minerodutos (que atravessam uma das Unidades de Conservação – UC – do município).

O Terminal Marítimo de Ponta da Madeira é um terminal privado pertencente à Vale, próximo à cidade de São Luiz e defronte à Baía de São Marcos, no Maranhão, norte/nordeste do Brasil. Destina-se principalmente à exportação de minério de ferro trazido pelo projeto Serra dos Carajás, no Pará (Banburra, 1995). O local foi escolhido devido à profundidade natural da baía de São Marcos, de mais de 26 m durante a maré baixa, que permitiria minimizar os custos com dragagem para a atracação de navios graneleiros e de grande porte. Hoje a Vale tem planos de diversificar as cargas embarcadas no terminal, a empresa também negocia com siderúrgicas de diversos países a criação de um grande pólo siderúrgico, aproveitando o minério de ferro e a mão de obra baratos.

O Porto de Itaguaí,<sup>6</sup> está localizado na cidade de mesmo nome, no estado do Rio de Janeiro, a 80 quilômetros da Capital – um dos mais importantes centros econômicos do Brasil. Pretende ser o primeiro Porto Concentrador de Cargas do Atlântico Sul. Sua importância econômica na região da Costa Verde se faz presente de forma direta, gerando empregos, e de forma indireta, atraindo indústrias que necessitam receber e enviar cargas.

A BR-101 é o acesso principal ao Porto de Itaguaí. A partir dela, na direção sul, acessam-se as regiões de Angra dos Reis e a Baixada Santista e, na direção norte, a Avenida Brasil. O acesso ferroviário direto ao Porto de Itaguaí é feito a partir do pátio de Brisamar, próximo à cidade de Itaguaí, numa extensão de 1,5 Km em linha tripla, atendendo em particular ao triângulo São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, e a Malha Centro–Leste, arrendada a FCA – Ferrovia Centro-Atlântica S/A, que atende ao restante dos estados de Minas Gerais, Bahia, Goiás e Distrito Federal.

## **6.2 Problemas Relacionados a Grandes Centros Portuários**

Enquanto os benefícios das inovações tecnológicas ficam delimitados a uma parcela da população que a eles tem acesso, a maior parte dos efeitos negativos gerados por esta inovação é dividida por todos, sendo que, muitas vezes, a parcela maior desses efeitos negativos termina ficando com os mais pobres, ou politicamente mais fracos. A mesma poluição, muitas vezes associada ao processo desenvolvimento industrial e poderio econômico, está cada vez mais relacionada com a pobreza e o subdesenvolvimento.

Segundo matéria publicada no Anuário Exame (2008-2009),<sup>7</sup> o Porto de Los Angeles e de Long Beach juntos compõem o quinto complexo portuário mais ativo do mundo, movimentando 260 bilhões de dólares por ano em contêineres. No entanto esses locais respondem por mais de 20% das emissões de substâncias tóxicas na área de monitoração ambiental, que inclui os condados de Los Angeles, San Bernardino,

---

<sup>6</sup>Projeto de Lei do Deputado Simão Sessim (PP/RJ), foi publicada no DOU no 25/11/2005 a sanção presidencial à Lei n.º 11.200, que alterou definitivamente o nome do Porto de Sepetiba para Porto de Itaguaí

<sup>7</sup> Por Alexandre Moschella. Extraído do Anuário EXAME, 2008 – 2009.

Riverside e Orange. Esta percentagem representa uma poluição maior que a queima de combustível da frota de seis milhões de carros que circulam na região metropolitana de Los Angeles.

O autor da matéria afirma:



Figura – 9: Fotos: Portof Los Angeles  
[http://www.google.com.br/imgres?imgurl=  
http://planetasustentavel.abril.com.br/ima](http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://planetasustentavel.abril.com.br/imagem/fim-sujeira-cais-)  
gem/fim-sujeira-cais-

*“Poucas atividades têm potencial de provocar tanta sujeira quanto o movimento portuário. Paira sobre a maior parte dos terminais uma enorme nuvem negra, resultado da queima de toneladas de combustível provocada pelo incessante vai-e-vem de caminhões, navios e outros equipamentos pesados, como guindastes e rebocadores. Os problemas não se limitam à emissão pesada de poluentes na atmosfera. “Acidentes provocados por vazamentos de óleo diesel ou de cargas das embarcações são relativamente freqüentes, deixando um rastro de detritos que podem comprometer para sempre o equilíbrio da vida marítima dos locais atingidos” Por Alexandre Moschella. Extraído do Anuário EXAME, 2008-2009.*

No município de Anchieta, a pesquisadora Maria Helena Ramos<sup>8</sup>, afirma que um dos grandes dinamizadores do comércio exterior é o corredor de transporte centro-leste, que promoveu o aumento do fluxo de mercadorias e navios, deu impulso ao processo de modernização portuária e projetou a demanda da região por equipamentos e serviços coletivos. Desde então, as condições de vida e trabalho da região vêm sendo afetadas pelos danos que a atividade de beneficiamento da pelotização causou. Segundo a pesquisadora, foram identificados danos socioambientais e na saúde dos trabalhadores causados pela indústria de pelotização da Samarco, impactos decorrentes e sua expansão e da produção de hidrocarbonetos em Anchieta – ES. Para Maria Helena, a ampliação da indústria de pelotização, da produção e da

---

<sup>8</sup>Estudo: Impacto socioambiental e na saúde dos trabalhadores causados pela indústria de pelotização Samarco e aqueles que serão provocados pela produção de hidrocarbonetos no município de Anchieta (ES). Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia.

distribuição de petróleo e gás – proposta em discussão – pode causar uma reorganização do espaço social e das condições de trabalho e de saúde da população local, bem como um adensamento populacional composto por trabalhadores provenientes da migração interna (do próprio Estado, de Minas Gerais e das regiões Norte e Nordeste), composta na maioria de mão de obra sem qualificação.

O referido estudo revelou ainda que Anchieta, apesar de ter o maior PIB per capita do Estado, não garante boa qualidade de vida e justiça social para a população local. Esse quadro se agravou a partir do momento em que Anchieta foi incluída na agenda do Governo Estadual como pólo industrial.

Acredita-se que as discussões dos conflitos ambientais a partir da atividade industrial junto a grupos sociais representativos no município de Anchieta possam contribuir para uma visão da realidade tendenciado para uma transformação social ou mesmo para o fortalecimento de atividades tradicionais do município, como a pesca.

Em matéria do Jornal da Costa (01.012010) o engenheiro Paulo Esteves<sup>9</sup> diz que Vila Velha e Vitória nunca viveram situação tão crítica.



Figura – 10: Pó de minério que sai de Tubarão e polui as cidades (Foto: Paulo Esteves)  
Extraída: <http://www.jornalpraiadacosta.com.br/Noticias-Denuncia/poluicao-de-po-preto-atinge-moradores-da-praia-da-costa.html>

representante das sete associações que deram entrac

Segundo o engenheiro Paulo Esteves, a emissão de partículas de minério, mais conhecidas como pó preto, tem incomodado os moradores da Praia da Costa:

*“(...)As casas ficam sempre sujas, o pó entra nas residências mesmo quando estão fechadas. Outro problema é com a saúde. O poluente acaba provocando problemas respiratórios, principalmente nas crianças e idosos”.*

*“(...)A crise econômica no setor de minério passou e com isso as usinas voltaram a trabalhar a todo vapor. E agora, com a chegada do verão, o vento nordeste, que prevalece nessa estação do ano, joga todo o pó de minério produzido em Tubarão para os municípios de Vila Velha e Vitória”.*

*A contribuição ao meio ambiente surgiu após muita luta das associações de moradores de Vitória. Foram 20 anos de tentativas e reclamação das entidades. Agora o MPE em parceria com IEMA e associações de moradores vai definir estratégias a serem adotadas, para que seja assinado um Termo de Compromisso Ambiental pela empresa. Por: Paulo Esteves (Jornal da Costa, 01.01.2010)*

Em Vitória, segundo os indicadores de morbidade, chama a atenção as internações por doenças do aparelho digestivo e neoplasias, ficando as doenças do aparelho respiratório em quarto lugar, já que internação por gravidez e puerpério não se constituem, essencialmente, enquanto agravo à saúde. No entanto, vale ressaltar que esses indicadores não registram atendimentos ambulatoriais nem de prontos atendimentos que demandam observação, nebulização e/ou quaisquer condutas terapêuticas que dispensem a internação, o que é muito comum nas crises de infecção respiratória aguda e de asma. Marcos Vinhal Campos em 19 de março, 2008, citando Dr. Ubiratan<sup>10</sup>, em matéria publicado no site da SPPT declar:

“Quando a poluição entra em contato com o pulmão, provoca inflamação e redução das defesas pulmonares, Constatamos que aumento da poluição eleva o risco de doenças cardiovasculares. Altera a pressão arterial e também o eletrocardiograma, indicando maior risco de arritmias. Os marcadores inflamatórios do sangue também apontam mais chances de infarto”, relata o Dr. Ubiratan.

Causa estranheza, porém, a internação por causas externas, inclusa aí toda sorte de violência, onde não foi observado nenhum registro. No entanto, nos indicadores de mortalidade, as mortes por violência, somadas, correspondem à primeira causa de óbitos, como pode se verificar nas tabelas abaixo.

Na tabela 10, abaixo, verifica-se as doenças infecciosas e parasitárias ocupando a primeira causa de internação hospitalar no município de Anchieta. Vale ressaltar que

---

<sup>10</sup> Dr. Ubiratan de Paula Santos, presidente da Comissão de Doenças Ambientais e Ocupacionais da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia

esse dado reflete as condições de saneamento e hábitos de vida de uma população, e atinge principalmente as faixas etárias mais vulneráveis, ou seja: crianças e idosos.

Tabela 10: Internação e suas causas nas regiões portuárias

<b>Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas – CID10 – 2009</b> (por local de residência)					
<b>Capítulo CID</b>	<b>Vitória</b>	<b>Anchieta</b>	<b>São Luis</b>	<b>Itaguaí</b>	<b>Ilhéus</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,2	<b>20,0</b>	5,1	3,2	8,2
Neoplasias (tumores)	11,5	4,9	8,6	5,2	<b>9,0</b>
Doenças sangue órgãos hemato e transtorno imunitário	0,6	0,8	0,6	1,2	1,0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,1	2,8	1,6	2,6	<b>3,4</b>
Transtornos mentais e comportamentais	1,1	0,9	4,1	0,4	1,2
Doenças do sistema nervoso	1,6	1,1	1,2	0,8	1,1
Doenças do olho e anexos	1,5	0,8	1,2	0,2	0,1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,3	0,0	0,1	0,0
Doenças do aparelho circulatório	11,4	13,5	6,0	11,9	10,8
Doenças do aparelho respiratório	7,6	3,9	9,1	9,6	<b>14,2</b>
Doenças do aparelho digestivo	<b>15,1</b>	12,1	<b>10,2</b>	11,7	11,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,4	0,6	2,8	2,4	1,9
Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo	1,6	0,9	2,2	1,9	2,7
Doenças do aparelho geniturinário	7,4	11,6	6,5	6,9	7,0
Gravidez parto e puerpério	<b>17,7</b>	<b>19,5</b>	<b>30,3</b>	<b>30,9</b>	<b>20,8</b>
Algumas afecções originadas no período perinatal	2,1	0,8	1,6	1,6	1,4
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	1,0	0,4	0,9	1,0	0,3
Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laborat	1,1	0,3	1,1	0,6	0,9
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5,5	5,0	5,6	5,9	4,9
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,1	0,0	0,1	-
Contatos com serviços de saúde	2,2	0,1	1,2	1,8	0,1
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Também nos indicadores de mortalidade (Tabela 11) observa-se uma situação preocupante, verificada na alta incidência de óbito por acidente de transporte e considerável índice de morte por agressões. Apesar de as internações por doenças do aparelho circulatório constituir a terceira causa de internação, com um número abaixo da média nacional, é sem dúvida a causa mais importante de óbito.

Tabela 11 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas dos municípios de Vitória e Anchieta no Espírito Santo; São Luiz, no Maranhão; Itaguaí, no Rio de Janeiro e Ilhéus, Bahia, 2008.

<b>Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)</b>					
	<b>Vitória</b>	<b>Anchieta</b>	<b>São Luiz</b>	<b>Itaguaí</b>	<b>Ilhéus</b>
<b>Causa do Óbito</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>
Aids	8,8	-	<b>8,9</b>	8,7	5,0
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	18,5	10,0	11,7	<b>19,2</b>	10,8
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	8,3	10,0	<b>10,2</b>	3,8	5,4
Infartoagudo do miocárdio	35,9	<b>69,5</b>	35,1	56,0	23,2
Doençascerebrovasculares	59,2	59,6	54,8	<b>67,6</b>	55,5
Diabetes mellitus	23,9	29,8	36,1	<b>41,5</b>	35,0
Acidentes de transporte	15,7	<b>34,7</b>	16,8	25,1	16,4
<b>Agressões</b>	<b>56,6</b>	24,8	36,1	49,3	48,7

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Tabela 12 – Coeficiente de Mortalidade dos municípios de Vitória e Anchieta no Espírito Santo; São Luiz, no Maranhão; Itaguaí, no Rio de Janeiro e Ilhéus, Bahia, 2008.

	<b>Vitória</b>	<b>Anchieta</b>	<b>São Luiz</b>	<b>Itaguaí</b>	<b>Ilhéus</b>
<b>Outros Indicadores de Mortalidade</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>	<b>2008</b>
Total de óbitos	1.861	122	4.801	736	1.181
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,9	6,1	4,9	<b>7,1</b>	5,4
% óbitos por causas mal definidas	2,4	4,1	1,6	<b>12,1</b>	10,1
Total de óbitos infantis	49	2	300	19	61
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	2	-	-	1	3
% de óbitos infantis no total de óbitos *	2,6	1,6	<b>6,2</b>	2,6	5,2
% de óbitos infantis por causas mal definidas	4,1	-	-	<b>5,3</b>	4,9
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	11,2	6,1	16,4	10,7	<b>20,0</b>

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\*Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

Contrariando a tendência nacional, em São Luiz as internações por doenças do aparelho circulatório não estão entre as primeiras quatro causas de internação, apesar disso, continua a se destacar enquanto principal causa de morte da população, semelhante aos demais casos estudados. As doenças do aparelho respiratório com 9,1% internações representado a segunda maior causa de morbidade – já que internação por gravidez e puerpério não representa morbidade na grande maioria dos casos. No coeficiente de mortalidade por algumas causas selecionadas (Tabela – 11), vale observar o elevado índice de mortalidade por agressões, dentre outras causas evitáveis.

Também na tabela – 11, em Itaguaí é possível observar que, apesar da baixa internação por causas externas os indicadores de mortalidade, apresentam alta incidência de óbitos atribuídos à agressão, o que é característico de elevado índice de homicídios, os quais não são encaminhados para hospitais. No tocante à alta taxa de óbito por diabetes se constitui um importante indicador por se tratar de uma doença relativamente controlável por uma efetiva assistência na rede básica de saúde. As taxas de óbitos por doenças cerebrovasculares e infarto agudo do miocárdio, seguem uma tendência geral, as quais ocupam o primeiro lugar nas principais causas de óbito em maiores de 60 anos no Brasil

Em todos os casos estudados merecem estudo os percentuais de internação por doenças do aparelho digestivo chegando à primeira causa de internação nos município de Vitória – ES e São Luiz – MA – excluídas as internações por parto e puerpério.

É neste contexto que se encontra hoje a saúde ambiental, com os desafios de promover uma melhor qualidade de vida e saúde nas cidades e a oportunidade de enfrentar no absurdo quadro de exclusão social, sob a perspectiva da equidade

### **6.3 Conflito Socioambiental**

As discussões teóricas e as experiências empíricas apontam para a existência de eixos de desenvolvimento econômico no Brasil ambientalmente insustentáveis e socialmente

injustos, que intensificam os conflitos socioambientais (PORTO & MILANEZ, 2009). Estes podem ser definidos pelo embate entre grupos sociais a partir de seus interesses e valores envolvendo de forma central questões ecológicas, como o meio biofísico, o uso dos territórios e seus recursos naturais (LITTLE, 2004). A principal discussão é se uma visão economicista restrita de desenvolvimento pautada por critérios de crescimento econômico deva ser apresentada como alternativa única de progresso. Tal visão normalmente não considera a vida humana e dos ecossistemas, bem como a cultura e os valores dos povos nos territórios onde os investimentos e as cadeias produtivas se realizam. A apropriação dos recursos naturais e espaços públicos para fins específicos que geram exclusão e expropriação produzem reações por grupos e populações que se sentem atingidos em seus direitos fundamentais, como saúde, trabalho, cultura, preservação ambiental e uso de espaços, bens e serviços públicos.

A análise e o encaminhamento de possíveis soluções dos problemas e conflitos socioambientais são concebidos de forma coletiva através do diálogo entre pesquisadores e populações ou movimentos sociais ligados aos problemas em questão (THIOLENT, 1986). Em anos recentes, a articulação de campos como a saúde pública, o meio ambiente, a educação e os direitos humanos vem produzindo variantes para a ação engajada de pesquisadores que usam metodologias participativas (ISRAEL, 1998).

As contribuições das áreas de estudo da ecologia política e da economia ecológica ajudam a compreender problemas sociais, de saúde e meio ambiente em sua relação com os processos e modelos de desenvolvimento econômico de um território, país ou região. As características desse desenvolvimento geram intensos fluxos de materiais e energia incompatíveis com o metabolismo ecológico e social do planeta sendo, portanto, insustentáveis. Considerando-se o contexto das mudanças climáticas globais, a sustentabilidade da economia em um planeta com recursos limitados como a Terra depende da mudança dos padrões de produção e consumo aí existentes (PORTO & MILANEZ, 2009). Assim, novas práticas científicas e institucionais, passam a ter um

papel fundamental na criação de novos rumos para o desenvolvimento e a democracia a partir da negociação dos conflitos e crises existentes.

A produção de riquezas decorrentes de um modelo de produção e consumo insustentável e injusto intensifica as desigualdades sociais e a degradação ambiental, pois se baseiam em preços de mercadorias que não incorporam as degradações ambientais, os efeitos sociais da concentração de renda e poder para as populações, tampouco os impactos à saúde gerados pelas fases mais agressivas da cadeia produtiva. Quando um país rico importa matérias-primas baratas, também está importando os benefícios do uso de vários recursos naturais, como a água, o solo e a biodiversidade de outras regiões em territórios afastados. Estes arcam com a degradação ambiental e social provocada pela expansão desses investimentos produtivos voltados à exportação. Conflitos socioambientais podem ocorrer no momento de extração dos recursos naturais, da geração de energia utilizada ou na produção de mercadorias, estando presentes em praticamente todo o planeta, porém tendem a se intensificar nos países exportadores de *commodities* (PORTO & MILANEZ, 2009).

Os preços competitivos do Brasil no mercado internacional da produção e da exportação de minérios se baseiam na grande oferta de minério e no baixo valor dos salários pagos no Brasil (OIT, 2005). Porém, tudo indica que esses preços reduzidos e maior competitividade resultem da externalização negativa dos impactos socioambientais não considerados nas cadeias de produção e comercialização, e à necessidade dos países industrializados reduzirem suas emissões de CO<sub>2</sub> (ANDRADE et al., 1999).

Consideramos que melhorias tecnológicas e organizacionais com características incrementais nos processos de produção e exportação de minérios são incapazes de romper com o padrão de metabolismo social gerado por tal cadeia. Contudo é possível minimizar ou compensar alguns dos impactos sociais e ambientais gerados pela produção de ferro e aço. Sua natureza intensiva em recursos naturais e poluente torna relevante o debate sobre a realocização das etapas mais impactantes em países como

o Brasil. Seus benefícios econômicos e sociais, como a geração de divisas e empregos no curto prazo, devem ser enfrentados a partir da compreensão dos riscos e alternativas para novas possibilidades de transição ambientalmente mais sustentáveis e socialmente mais justas. (MILANEZ& PORTO, 2009).

#### **6.4 Custo das Externalidades**

*Quando as tecnologias se desenvolveram, seus impactos no ambiente se tornaram mais pronunciados e a natureza passou a ser conquistada, explorada, impactada e degradada (MARANHÃO, 2007).*

Os efeitos do crescimento da economia e da população mundial passaram a fundamentar o argumento de que a manutenção desse crescimento nas atuais taxas é perigosa e ameaçadora da própria sobrevivência humana.

No entanto esse crescimento econômico não considera os efeitos negativos, quando do cálculo do custo-benefício do projeto. Ele é considerado como fora da situação do mercado, por ser externo à relação vendedor – comprador. Dessa visão decorre o nome de externalidades.

Como exemplos mundialmente conhecidos de externalidades é possível citar a construção da represa de ASWAN no Egito, que teve como conseqüências desastrosas a perda da fertilização natural implicando em importação de fertilizantes, salinização do solo com perda de produtividade, redução violenta da pesca da sardinha e expansão alarmante da esquistossomose. Um outro exemplo é o projeto de transporte aéreo supersônico o famoso SST/EUA que implicou na construção de novos aeroportos, custo de implementação de novos subsistemas de transporte, custo de instalação de isolamento acústico nas residências e; produção de um cone de distúrbios para milhões de pessoas das áreas das aerovias e das proximidades dos aeroportos.

Outros exemplos são numerosas indústrias que lançam resíduos nos corpos d'água, fábricas que poluem o ar, pesticidas que contaminam o solo, aviões que usam a atmosfera para a exaustão dos gases de propulsão.

Para Adam Smith, numa economia de mercado sem limites os incentivos privados muitas vezes não se harmonizam com os custos e benefícios sociais. No entanto, a garantia de que os empreendimentos internalizem impactos sociais por elas produzidos, seja a médio ou longo prazo é de responsabilidade dos órgãos autorizadores de tal investimento. Daí ser imprescindível o entrosamento entre governo e sociedade para que empreendimentos sejam avaliados em sua totalidade, considerando também suas externalidades. Trata-se de experimentar, individualmente e coletivamente, outras maneiras de se viver no mundo o desenvolvimento de novas práticas com maior sustentabilidade.

Segundo o Relatório de Brundtland, desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades. A partir desta definição conclui-se que este conceito se refere principalmente às conseqüências do impacto do desenvolvimento econômico sobre o meio ambiente e sobre a sustentabilidade da vida das pessoas, considerando qualidade de vida e bem-estar, tanto no presente quanto no futuro (BRÜSEKE, 1998).

Se o objetivo das organizações é obter lucro econômico-financeiro, mediante maximização das receitas e minimização dos custos, logo, entrar ou não em determinado setor de atividade, vai depender, em última análise, de que os benefícios econômico-financeiros superem ou não os custos incorridos (BRANCO, 2007). As externalidades negativas, portanto, conferem ao investidor a possibilidade de não arcar com custos produzidos por ele que, diante da receita obtida, acaba por garantir um lucro maior para o empreendimento. No entanto, vale lembrar que a garantia do bem estar coletivo é responsabilidade dos governantes, a quem cabe realizar uma avaliação custo-benefício de um empreendimento levantando os ganhos e perdas, não apenas financeiros e imediatos, mas as conseqüências decorrentes da alteração da qualidade de vida da população devem ser incluídas nos custos reais do investimento pelos responsáveis por sua realização.

A escolha para proteger os ambientes reside em equilibrar produção/ consumo, gestão dos resíduos e, privilegiar o uso de processos naturais. Isso exige melhor compreensão dos processos ecológicos.

Como já ressaltamos, muitos problemas de saúde são decorrentes da poluição ambiental natural e antropogênica e resultantes da contaminação da água, do ar, do solo, dos alimentos, dos objetos e dos ambientes por contaminantes químicos e matéria orgânica.

Muitas dessas substâncias são carcinogênicas, persistentes e não são biodegradáveis. Essa contaminação é decorrente da ação humana. Micro e macro organismos patogênicos e os contaminantes químicos tóxicos presente nos ecossistemas, recintos e ambientes infestam o humano suscetível. Através do contato interpessoal e com objetos contaminados, decorre a infestação humana. Esses patógenos circulantes nos ambientes promovem a contaminação à distância. Ocorre ainda, a contaminação por vetores (animais veiculantes) que contaminam alimentos e outras substâncias que são ingeridas.

A alteração do espaço-ambiente é desencadeadora da ruptura e do desequilíbrio. As estruturas culturais e sociais inapropriadas tais como situações de ignorância, exploração, fome, miséria e opressão causam doenças. Também a relação inapropriada no espaço de vida é responsável pela eclosão de doenças. As inter-relações determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico na sociedade, são importantes referências para se entender as condições de vida, o perfil do adoecimento e morte das pessoas. A doença é, portanto, um fenômeno biológico, individual, social, interativo e relacional (BRASIL, 2009). Desse modo devem estar articulados modos de produção e consumo com os serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados direta e indiretamente pelos processos produtivos afetam o meio ambiente e a saúde das populações e dos trabalhadores de modo particular.

O modelo de desenvolvimento sob o qual estamos vivendo condiciona as relações sociais e econômicas e acentua os riscos para a saúde e o ambiente. Legitimados

pelos governantes e empreendedores, junto à mídia e à sociedade, através do argumento do desenvolvimento econômico associado à geração de empregos e à elevação do PIB, muitos projetos vêm sendo atraídos, acolhidos, incentivados e viabilizados especialmente nas regiões onde a idéia de crescimento econômico ainda é vista como sinônimo de desenvolvimento.

Entretanto, questões como a absorção da força de trabalho local, o custo do posto de trabalho gerado, a qualidade do trabalho oferecido – a remuneração, as condições de segurança e saúde – as externalidades são omitidas do debate público, o que é facilitado inclusive pela desigualdade de poder entre os atores envolvidos – empreendedores e comunidades.

Vários estudos, a exemplo daquele realizados em Anchieta<sup>11</sup>, têm evidenciado, além disso, uma ampla gama de transformações territoriais resultantes desses projetos de desenvolvimento, que vão repercutir de variadas formas sobre a saúde. A desorganização do modo de vida de comunidades tradicionais, por exemplo, ao comprometer a biodiversidade e seu acesso aos recursos naturais, como a terra e a água, vai gerar situações de insegurança alimentar - comprovadamente associadas à desnutrição, à elevação da mortalidade infantil, à desagregação familiar e novos padrões nas relações de gênero.

Os processos migratórios de grandes contingentes de trabalhadores atraídos para a fase de construção dos empreendimentos trazem novas demandas de moradia, saneamento, educação, saúde, transporte, lazer para os governantes locais. Com o término da obra, já que muitas vezes não se enquadram no perfil demandado para a fase de operação do empreendimento a migração para os centros urbanos é uma decorrência com elevação dos indicadores de violência, acidentes de trânsito, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, consumo de álcool e drogas ilícitas, doenças mentais e sofrimento psíquico, gravidez precoce, etc (referencia).

---

<sup>11</sup> Estudo: Impacto socioambiental e na saúde dos trabalhadores causados pela indústria de pelotização Samarco e aqueles que serão provocados pela produção de hidrocarbonetos no município de Anchieta (ES) .Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia.

Há ainda a introdução de uma ampla gama de riscos ambientais, relacionados a equipamentos, estruturas, tecnologias, substâncias químicas, fluxos materiais e imateriais, os quais, ao longo do tempo, vão influir no perfil de morbimortalidade local no que toca ao câncer, doenças respiratórias e cardiovasculares, malformações congênitas, etc.

É preciso considerar que também a saúde, enquanto uma dimensão fundamental do social, enquanto direito e enquanto expressão e indicador de um conjunto mais amplo de determinantes, seja incorporada nos processos de avaliação de impactos – proposta esta aprovada na I Conferência Nacional de Meio Ambiente, em 2003. Daí, a importância de se considerar os impactos negativos sobre a saúde da população nos custos do empreendimento (que quando adequadamente avaliados, chegam a inviabilizar o negócio) de forma a evitar que recaia sobre o SUS despesas decorrentes de problemas e limitações não internalizados previamente sejam tratados enquanto lucros do empreendimento os gastos absorvidos, na verdade, pelo Estado.

Os custos com tratamento médico e assistência previdenciária recaem sobre os ombros da sociedade como um todo através dos sistemas públicos de saúde e previdência social. A sociedade precisa se apropriar desta discussão e levar o debate para fóruns nos quais políticas públicas de desenvolvimento regional, promoção da saúde e proteção ambiental sejam discutidas de forma integrada e participativa.

### **6.5 Gestão Participativa na Equação de Conflitos**

A Promoção à Saúde é definida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação do controle deste processo” (BRASIL, 2001, p 19). Para tanto, ao se considerar promoção da saúde deve se considerar além do campo da saúde, enquanto cuidado de saúde, sejam implementadas políticas públicas saudáveis<sup>12</sup> e ações coordenadas para

---

<sup>12</sup> Políticas Públicas Saudáveis: políticas formuladas pelos vários setores (agricultura, comércio, indústria, educação, comunicação, entre outros), que devem levar a condição de saúde como um fator essencial e que estas devem contribuir para criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver uma vida saudável, (BRASIL, 2001).

maior equidade em saúde, que implica em distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais, assegurando serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (BRASIL, 2001).

No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária, cujo marco decisivo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde e cujas recomendações foram integradas ao texto da Carta Constitucional de 1988, reconhece a saúde como direito de cidadania, resultante das condições de vida e que para seu alcance é necessária a implantação de políticas transetoriais pelo Estado, está em consonância com as declarações de a Carta de Otawa. Entretanto, apesar destes preceitos, a questão saúde, longe de ser considerada numa perspectiva intersetorial limitou-se ao estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, e nele a prestação de serviços de saúde, ficando à margem, questões como educação, habitação, segurança, meio ambiente, transporte, entre outros, mantendo-a restrita ao seu âmbito sem buscar uma ação de saúde mais integral não incluindo em seus determinantes e condicionantes como ações de promoção da saúde.

Esse argumento se fortalece ainda mais na Carta de Fortaleza, documento do Encontro de Secretarias de Saúde do Brasil, em 1995 que reconhece as Cartas de Otawa, 1986 e a de Bogotá, 1992, como marcos referenciais do conceito de saúde e destaca:

*“A crise do financiamento do modelo de saúde centrado na doença exige o estabelecimento de novas estratégias que recuperem o paradigma saúde centrado na qualidade de vida e desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos (...) é possível vislumbrar metas comuns que valorizem a importância das ações intersetoriais e de promoção da saúde ao mesmo tempo em que seguir buscando formas autônomas e criativas para a atenção integral à saúde (...). O exemplo brasileiro neste campo demonstra que é possível a construção de um novo paradigma em saúde em nível municipal a partir de um processo integrado, participativo e criativo que dependa fundamentalmente da decisão política das autoridades locais.”(Carta de Fortaleza, 1995).*

No Brasil é reconhecido que o SUS é um grande avanço enquanto política pública setorial, com democratização social, práticas claras de controle social, transparência

administrativa e gestão participativa, mas, seu modelo de atenção hegemônico, está centrado no atendimento individual, curativo, hospitalocêntrico, com pouco impacto sobre os problemas de saúde da população, embora desde 1996 tem buscado mudanças de desenvolvimento significativas de atenção à saúde com o PDCS e PSE, com pouco movimento diante do imaginário de cura de doenças na população e nos serviços de saúde.

A ponto de vista da Promoção à Saúde se apresenta com potencial para promover mudanças no modo de operar o setor de saúde, direcionando as intervenções sobre os determinantes e condicionantes, visto que,

*“(...) na promoção à saúde estão presentes os campos de ação da construção de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades, reforço a ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde” (BRASIL, 2001, p 25).*

Uma das perspectivas que facilitam a adoção da perspectiva da Promoção à Saúde é a perspectiva das Cidades Saudáveis, que no bojo de suas proposições articula assistência, cura e promoção à saúde voltada para criar melhores condições de vida para a população.

O movimento de Cidades Saudáveis tem origem no movimento sanitário no final do século XIX, como ilustram os projetos de cidades-jardim na Inglaterra pós-revolução industrial. No entanto, somente no século XX, na década de 1970 em Toronto, Canadá, que o conceito de Cidade Saudável foi mencionado pela primeira vez, baseada em uma nova definição para a saúde, voltada para o desenvolvimento de ações que proporcionem melhores condições de vida para a população. Em seguida com a realização da I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Otawa – Canadá em 1986 espalhou-se pela Europa (FIGUEIREDO, 2001).

No Brasil este movimento amplia a visão estreita de gestão governamental, considerando o envolvimento de outros setores da sociedade (Governo, ONGs,

empresas, famílias e indivíduos) que participarão da definição de objetivos e implementação de ações para a saúde e qualidade de vida.

Xavier (2000), destaca que a idéia de Cidades Saudáveis tem origem a partir de três outras idéias. A primeira é a própria evolução da concepção de saúde pública, deslocado do ofício do indivíduo para a sociedade, do tratamento para a prevenção e desta para a educação; saúde não mais oposição à doença, mas qualidade de vida. A segunda está vinculada à construção de espaço coletivo onde as coisas acontecem e se inter-relacionam, onde cada setor depende de todos os outros para funcionar, e o Estado, dentro desse processo coletivo, não mais é um elemento centralizador, mas mediador. A Terceira é a que institui aos projetos Cidades Saudáveis a noção de rede, ou seja, não são projetos pontuais e isolados, mas partes integrantes de um movimento muito maior, conceituado como movimento a partir do momento que cada projeto autônomo se interliga aos demais, trocam informações e suportam-se mutuamente criando um processo de desenvolvimento. O movimento defende a necessidade de projetos específicos para cada país e mais ainda, para cada cidade de forma particularizada, valorizando-se as peculiaridades,

*“Requer o desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que se constitua de um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas” (TEIXEIRA & PAIM, 2002)*

Assim sendo, o movimento Cidade Saudável, está baseado no entendimento de que planejamento é algo que envolve todos, o que implica no reconhecimento do “outro”, na medida em que estabelece um patamar de relacionamento entre as instituições dos diversos setores, fundamentada no respeito às diferenças de concepções, de capacidades gerenciais e até de interesses no desenvolvimento do processo de planejamento conjunto (TEIXEIRA & PAIM, 2002).

Para sua implementação, é necessário um diagnóstico situacional o mais amplo possível e considerá-lo efetivamente como instrumento norteador na tomada de decisão política.

Algumas experiências internacionais e no Brasil, mostram que em alguns municípios, a proposta vem sendo desenvolvida pautada na mudança da Ordem Governamental da Cidade para implantação de Cidades Saudáveis.

Um outro aspecto a ser examinado é a medicina comunitária como política pública de saúde. No Brasil, em 1979, com base na discussão de Atenção Primária à Saúde e de Medicina Comunitária, em Curitiba, deram-se os primeiros passos de reformulação com os discursos sobre modelos assistenciais e sua capacidade limitada de atuar na problemática gerada no processo de urbanização acelerado das regiões metropolitanas, o que vem culminar com a formulação da proposta de “Saudecidade”<sup>13</sup>, por Raggio, 1992, para repensar o papel do setor saúde. Contudo, em 1991, através de uma associação entre o Departamento de saúde de Toronto (Canadá) e o Departamento de Saúde em São Paulo, é formalmente implantado o primeiro projeto de Cidade Saudável no Brasil, dando prioridade à participação e parceria dos organismos privados, incluindo-se aí as organizações não governamentais. Foram dificuldades para o desenvolvimento do projeto, o mau funcionamento do comitê intersetorial e até mesmo a competição entre eles, (FIGUEIREDO, 2001).

*(...) A cultura vertical e programática tão fortemente enraizada na rede de saúde no Brasil, (...) numa concepção higienista do controle da saúde das populações despossuídas, (...) a necessidade de controlar doenças como tuberculose e hanseníase, proporcionaram o aparecimento dessa cultura vertical (de cima para baixo) de programação, normatização e organização das práticas profissionais inspirada na abordagem Americana de prevenção à doença (...) está em oposição direta com a lógica horizontal intersetorial das Cidades Saudáveis”, (TERRA, 2000 p18).*

Nesta perspectiva, para a implantação da estratégia de Cidades Saudável, é necessária uma mudança cultural de gestão, mediação entre os níveis de governo e a sociedade, integração e trocas entre a academia e os serviços, (ANDRADE, 2000).

---

<sup>13</sup>Saudecidade: Saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é o oposto da patogenicidade, (RAGGIO, 1992 p 45)

Outras cidades brasileiras, como é o caso de Sobradinho – DF, foi implantado o projeto Sobradinho Cidade Saudável, envolveu um trabalho conjunto de Governo e Comunidade na solução de problemas de promoção da saúde. Segundo Rosilda Mendes a dificuldades de implementar novas formas de gestão, participativas, não setorizadas, capazes de alterar as estruturas políticas, sociais e econômicas faz com que os projetos não se sustentem nas mudanças administrativas. Em seu estudo de caso sobre as cidades de Jundiaí, Estado de São Paulo, e Maceió, capital do Estado de Alagoas, a autora evidencia que as condições gerais políticas das cidades não favorecem a participação efetiva dos cidadãos nas questões que envolvem as condições de vida pelo aspecto contraditório das relações Estado/ sociedade civil.

*A participação existe, é reconhecida pelo Estado que abre um espaço institucional para que ela ocorra, no entanto, os grupos sociais não têm conseguido penetrar nos espaços de poder, o que aponta uma série de limites relacionados desde a cultura institucional marcada por estruturas tradicionais e autoritárias que dificultam a participação, até os conflitos próprios do processo de organização da sociedade civil (MENDES, 2000)*

O Movimento de Cidades Saudáveis no Brasil tem registrado pouco êxito, pela dificuldade encontrada nos órgãos governamentais em trabalhar a intersectorialidade verdadeira, na prática (MENDES, 2000). No entanto, é importante considerar esta perspectiva quando se está tratando de integrar a perspectiva mais ampla de qualidade de vida às externalidades de um empreendimento e considerar estas externalidades como parte de seus custos em um cálculo custo-benefício.

Como dito anteriormente, a sociedade precisa se apropriar desta discussão e levar o debate para fóruns nos quais políticas públicas de desenvolvimento regional, promoção da saúde e proteção ambiental sejam discutidas de forma integrada e participativa. Os custos com tratamento médico e assistência previdenciária decorrentes das externalidades de um empreendimento do porte do Complexo Porto Sul, recaem sobre os ombros da sociedade como um todo através dos sistemas públicos de saúde e previdência social.

A reivindicação dos atores relevantes apresentadas nesse estudo de que o governo comprove de maneira clara e inequivocamente que a proposta apresentada representa o melhor custo-benefício social, econômico e ambiental para a região, é legítima em sua concepção. Além disso, a ampliação do processo participativo pode fortalecer as instituições e processos garantindo adequadas medidas mitigadoras de compensações socioambientais, eventualmente necessárias, de serem implementadas, atendendo as expectativas levantadas de continuidade na política regional de desenvolvimento sustentável, melhorando a transparência e confiabilidade das informações fornecidas pelo Governo da Bahia.

## **7. CONCLUSÃO**

Na região Sul da Bahia durante muito tempo a maior fonte de recursos era proveniente do cacau, que além de agregar valor econômico contribuía de forma significativa para a sustentabilidade dos ecossistemas. Com a crise cacauera, que provocou elevada queda dos postos de trabalho entre outros relevantes impactos regionais, a região entrou num colapso contribuindo ainda mais para o êxodo rural da Bahia, que em 2009 registrou 70,9% de população residente em zonas urbanas embora a taxa de urbanização do país no mesmo período tenha atingido 82,8% (IBGE). A busca por serviços básicos que geralmente se concentram nos centros urbanos atraem essas pessoas que idealizam uma condição mais favorável de educação, saúde e renda. Entretanto, este quadro vem se revertendo com a deterioração do meio ambiente urbano, o aumento da pobreza, a introdução de novas ameaças à saúde e o ressurgimento de males antigos considerados sob controle (BARRETO, 1998; WALDMAN et ai., 1995).

Fatores econômicos e sociais são importantes determinantes da saúde devido a sua influência direta no meio ambiente, condição ambiental precária é fator contribuinte principal para a queda do estado geral de saúde e a baixa qualidade de vida. A separação conceitual e prática entre o meio ambiente e a saúde precisa ser revertida.

As inter-relações, a complexidade e o aspecto multicausal dos problemas de saúde nas áreas urbanas, requerem estratégias inovadoras tanto para identificação, quanto para a redução da exposição a fatores de risco típicos do meio ambiente urbano, principalmente entre os grupos populacionais pobres, os mais vulneráveis como vimos.

Atualmente, as políticas de saúde se concentram principalmente no tratamento e nos cuidados dos doentes, deixando para segundo plano a prevenção, as políticas e os movimentos ambientais. A sociedade em geral, sobretudo as populações mais carentes, enfrentam o convívio diário com as aflições típicas de países desenvolvidos (problemas psicossociais, alta incidência de doenças crônico-degenerativas, além dos problemas decorrentes da saturação do meio ambiente para absorver o impacto de transformações tecnológicas) e, ao mesmo tempo, não conseguiu se livrar ainda de inúmeros males característicos de países pobres (como as doenças infecto-contagiosas, e aquelas decorrentes da provisão insuficiente de serviços). É preciso, portanto, uma reincorporação das questões do meio ambiente nas políticas de saúde e a integração dos objetivos da saúde ambiental numa ampla estratégia de desenvolvimento sustentável.

A busca por resposta para a grande demanda por geração de emprego e renda, não se distanciam das demandas geradas por saúde e educação, mesmo quando não explicitada de forma objetiva, já que aparecem de forma concreta nos registros de atendimentos de agravos evitáveis e registro de longas filas de espera nos serviços de saúde. No entanto, a criação de postos de trabalho, sem um cuidadoso plano de retaguarda, antecipando as potenciais demandas por serviços de saúde, educação e moradias salubres proporcionais ao volume de pessoas esperado no prazo previsto para sua migração de maneira sempre antecipada, pode comprometer ainda mais as condições já insatisfatórias da comunidade, que passa a disputar a oportunidade de atendimento com um volume maior de pessoas, e possivelmente, com características de maior vulnerabilidade, dado às condições de trabalho a que se submetem. A expectativa de melhores oportunidades de trabalhos pode não apenas promover grandes fluxos migratórios, como a não disponibilidade de postos de trabalho para toda

a demanda gerada e a conclusão da fase de fundação das obras (que devem absorver uma maior quantidade de trabalhadores sem qualificação profissional) pode gerar, em consequência, um número maior ainda de pessoas em situação de risco no entorno do empreendimento. Essa situação de risco tem sido responsável pela segunda maior causa de morte na Bahia, que tem crescido de forma assustadora, atingindo principalmente homens jovens, conforme mostra o quadro abaixo: (Figura – 11).

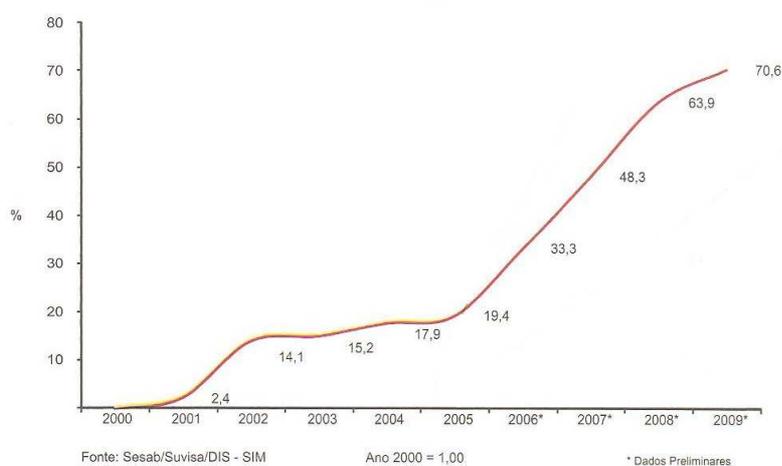


Figura – 11: Taxa de crescimento de mortalidade por causas externas. Bahia, 2000 – 2009.

Assim, enquanto o desenvolvimento de novas tecnologias tem sido responsável pela diminuição da mortalidade infantil por causas infecciosas e parasitárias e pelo aumento da expectativa de vida; a mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, aumenta de forma significativa resultante das mudanças no estilo de vida e da relação do homem com o meio ambiente onde vive e do qual faz parte.

Como vimos, em Ilhéus os índices de mortalidade por causas externas seguem o mesmo padrão das demais cidades analisadas, o que deve chamar a atenção para a situação de risco já instalada, sugerindo medidas de controle imediatas.

A responsabilidade de controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente são do poder público. Todos têm direito à sadia qualidade de vida,

e o poder público tem o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (CF: Art. 225, §1º, V). O trabalho, enquanto direito social, não deve suprimir o direito a moradia, segurança, educação e saúde, igualmente garantidos no Art. 6º da Constituição Federal. Portanto, a adequada avaliação de custo benefício de um empreendimento não apenas deve ser realizada de forma ampla e cuidadosa, quanto os custos da sua adequada e oportuna compensação devem ser imputados aos empresários que desenvolvam projetos que ofereçam riscos de comprometimento da qualidade de vida de uma coletividade.

De forma coerente, os estudos de impacto ambiental devem considerar não só o meio físico, o meio biológico e os ecossistemas naturais, mas também o meio socioeconômico. No entanto, nos estudos realizados até agora, não fica claro a quem deve onerar tais medidas de controle, causando preocupação, em especial sobre a capacidade instalada do setor saúde para responder a potencial demanda do referido empreendimento.

Faz-se necessário a implementação das políticas públicas de forma a articular todos os setores envolvidos no processo de decisão, há necessidade de um modelo de gestão que contenha na sua estrutura a intersetorialidade de forma concreta e, principalmente, regulamentar a participação social na tomada de decisão com instituição de fóruns próprios, sem que isto se caracterize em uma ameaça ao Poder Público Constituído, antes lhe sirva de apoio a negociação junto ao setor privado por medidas compensatórias das externalidades previstas (ou ainda não) do investimento proposto.

Todas as decisões, por mais embasadas que estejam, na dinâmica com que as coisas vêm acontecendo, podem trazer surpresas negativas na sua concretização. Se essas decisões foram compartilhadas com a comunidade, também os imprevistos poderão ser melhor contornados, já que a própria comunidade terá melhor compreensão dos processos. Em se tratando de grandes empreendimentos que cursam entre várias gestões, dada a magnitude de investimentos de longo prazo, o envolvimento da comunidade no processo decisório e de acompanhamento dos projetos, resguardam seus gestores da inviabilização desses projetos por sucessores que tenham propostas

menos comprometidas com a coletividade, o que poderá se constituir em grandes prejuízos para todas as partes envolvidas.

Não existem modelos prontos que apresentem resultados satisfatórios que indiquem o caminho, porém, a gestão centralizada em grandes sistemas se mostrou incapaz de atingir com eficácia toda a população de maneira diferenciada como exige a própria Carta Constitucional. No que se refere aos serviços de saúde e infra-estrutura, o Governo demonstra preocupação quando, segundo o atual Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus Sr. Jorge Arouca, se compromete com a construção de, não duas – como estabelecem os parâmetros populacionais de hoje, mas três Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, para o município de Ilhéus, já considerando aí uma demanda significativa por serviços de urgência, conforme evidenciado ao longo de vários estudos, inclusive neste. E, em providências anunciadas no sentido do planejamento da reestruturação das vias urbanas e intermunicipais para receber o grande volume de pessoas previstas com a construção do complexo intermodal, buscando minimização dos impactos desse aumento populacional e de veículos previstos. Contudo, as demandas por serviços e equipamentos não param por aí. A reestruturação da rede assistencial de saúde com ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, a criação de uma referência adequada para o atendimento materno e infantil de risco e ampliação da oferta dos serviços diagnósticos de média complexidade é imprescindível na mudança do modelo de atenção à saúde, hoje centrado em uma assistência hospitalocêntrica com incorporação de tecnologias duras de alto custo e difícil acesso, comprometendo a resolutividade das ações da atenção básica, que por sua vez é representada por uma baixa cobertura remetendo a elevados indicadores de morbimortalidade por causas evitáveis em detrimento do emprego de medidas preventivas com menor custo direto e indireto, onde o absenteísmo por adoecimento tem gerado grandes preocupações nas empresas públicas e privadas. Não se trata aqui de defender a idéia de que é possível chegar a um nível satisfatório dos serviços e equipamentos necessários a promoção da saúde, enquanto qualidade de vida, pois, resolvidos problemas e atendidas demandas, novas surgirão, na permanente busca de melhor Bem-Estar, além disso, há muitas situações complexas que fogem aos estudos

e planejamentos. Por isso mesmo é que o desenvolvimento de estratégias para melhorar os indicadores de qualidade de vida, não pode ficar limitado a equipes com prazo definido de gestão. Pode, no entanto, ampliar os espaços para uma gestão compartilhada, onde os próprios gestores atuais possam continuar na roda de decisões ao longo do curso de empreendimentos, mudando apenas de cadeira, garantindo a memória dos encaminhamentos e processos compatíveis com uma melhor qualidade de vida para Ilhéus.

O diagnóstico amplo necessário a implantação de estratégias de gestão participativas, a exemplo de Cidades/ Município Saudáveis, Ilhéus já possui, cabendo alguns complementos; as demandas de participação social para formação de colegiados que legitimem esses processos estão bem evidenciados. À gestão cabe realizar uma reflexão crítica sobre as possibilidades de transformação deste modelo à partir do desenvolvimento da integração de estratégias intersetoriais e de participação social na construção de espaços saudáveis para a tomada de decisão por uma gestão compartilhada, por um governo forte pela inclusão concreta da opinião popular nas decisões de interesse coletivo com a reestruturação administrativa nos moldes de experiências exitosas como as identificadas nas Redes de Cidades Saudáveis.

*Experiências de gestão de saúde numa perspectiva integral, a exemplo da estratégia de Cidades Saudáveis, são viáveis, eficientes e exequíveis politicamente, desde que hajam dirigentes estatais comprometidos com a causa social, com a qualidade de vida. (Wetphal& Almeida, 2001).*

## **8. RECOMENDAÇÕES**

Uma cidade saudável, na definição da OMS, "... é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade". Um dos principais pilares desta iniciativa é a ação intersetorial ([www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)). O desenvolvimento sustentável/saudável de Ilhéus e região dependem da adequada estruturação dos serviços básicos de infraestrutura, ampliação do acesso à saúde, educação, habitação emprego e renda a partir de ações

integradas e intersetoriais. No tocante aos objetivos desse estudo seguem, em particular, duas recomendações:

1. Reestruturação da gestão municipal na perspectiva da implantação da estratégia Cidade/Municípios Saudáveis para tomada de decisão mais acertada.
2. Adequação da rede de serviços de saúde para atender a demanda atual e a esperada com o aumento potencial da população;

### **8.1 Adequação da rede de serviços de saúde para atender a demanda atual e a esperada com o aumento potencial da população.**

No tocante ao acesso aos serviços de saúde, enquanto proposta desse estudo, a prioridade é para a ampliação da cobertura populacional por serviços de atenção primária, sendo urgente a ampliação das Estratégias de Saúde da Família – ESF e de Agentes Comunitários de Saúde – EACS, para atender a atual demanda descoberta é urgente e independe de quaisquer decisões no tocante ao Porto Sul, pois as demandas existentes são grandes, além do que essas estratégias, que têm como principal característica o desenvolvimento de ações educativas e de prevenção, podem diminuir consideravelmente os custos com tratamento de doenças em estágios avançados e os gastos previdenciários por absenteísmo e aposentadorias por invalidez. No entanto, na perspectiva de grandes fluxos migratórios, é salutar que estejam previstas unidades básicas de saúde, com equipe multidisciplinar em pontos estratégicos, sobre as quais a gestão possa lançar mão, a medidas em que as demandas se instalem, até mesmo porque a criação de serviços de saúde, que envolvem postos de trabalho, com toda a complexidade inerente às contratações de pessoal por instituições públicas, pode levar muito tempo.

Na média e alta complexidade, como já constatado em várias planilhas apresentadas ao longo desse trabalho, há uma necessidade eminente de adequação da oferta de serviços de saúde em Ilhéus para atender a demanda própria e referenciada, no entanto, considerados os dados constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos

de Saúde – CNES e os parâmetros assistenciais preconizados, o município dispõe de unidades cadastradas, embora não estejam disponíveis através do Sistema Único de Saúde – SUS, seja por falta de interesse dos prestadores em vender tais serviços ao SUS, seja porque o Estado não dispõe de recursos para contratação dos referidos serviços.

**Tabela – 13: nº de internações / leito / ano, por especialidade, com taxa de ocupação hospitalar de 80%**

<b>Tipo de Leitos</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>Leitos Existentes*</b>	<b>Capacidade Instalada**</b>	<b>Necessário a Ilhéus/ Ano**</b>	<b>Mun.Pact. PPI/2010***</b>
Cirúrgica	60,80 x Nº de Leitos	179	10.883	4.168	2.802
ClínicaMédica	56,15 x Nº de Leitos	281	15.778	6.555	4.671
CuidadosProlongados (Crônicos)	6,48 x Nº de Leitos	24	156	142	
Obstétrica (Parto Normal e Cirúrg.)	97,33 x Nº de Leitos	102	9.928	4.284	4.115
Pediátrica	48,66 x Nº de Leitos	109	5.304	3.100	3.567
Psiquiátrica	10,42 x Nº de Leitos			878	
Reabilitação	10,42 x Nº de Leitos	37	391	33	57
Tisiologia	13,64 x Nº de Leitos			125	
<b>TOTAL</b>		<b>732</b>	<b>42.440</b>	<b>19.285</b>	<b>15.207</b>

\*Leitoscadastrados no CNES/2010

\*\*Portaria MS 1.101/2002

\*\*\*Quantidade programada para Ilhéus e municípios pactuados ([www.saude.ba.gov.br/dipro](http://www.saude.ba.gov.br/dipro))

É possível observar que o número de leitos disponibilizados através da PPI para atender à demanda de Ilhéus somada a dos municípios pactuados é inferior a necessidade recomendada pelo Ministério da Saúde para atender exclusivamente a população atual de Ilhéus. O que ainda deverá se agravar com o fluxo migratório previstos com a instalação do Complexo Intermodal.

Tabela – 14: Nº de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade

Especialidade	Público		Filantrópico		Privado		Total		Total Necessário a Ilhéus	Saldo para PPI
	Existe	SUS	Existe	SUS	Existe	SUS	Existe	SUS		
Cirúrgicos	33	33	84	67	62	45	179	145	<b>97</b>	48
Clínicos	65	65	109	92	107	83	281	240	<b>173</b>	67
Complementares	11	11	7	1	6	-	24	12	<b>35</b>	<b>-23</b>
Obstétrico	-	-	102	84	-	-	102	84	<b>62</b>	22
Pediátrico	23	23	61	59	25	25	109	107	<b>91</b>	16
Outras Especialidades	36	36	1	1	-	-	37	37	<b>102</b>	<b>-65</b>
Hospital/DIA	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>18</b>	-
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>168</b>	<b>364</b>	<b>304</b>	<b>200</b>	<b>153</b>	<b>732</b>	<b>625</b>	<b>578</b>	<b>47</b>

Fonte: CNES, 2007

Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento

Na nova Programação Pactuada Integrada - PPI/10, a Bahia disponibiliza 181.040 vagas em leitos de UTI/ ano (todos os tipos), dos quais 4.088 vagas em leitos de UTI, Adulto Tipo II/ ano, estão credenciados em Ilhéus para atender à própria população e a dos municípios de abrangência, então Ilhéus possui 2,26% dos leitos de UTI disponíveis pelo Sistema Único de Saúde - SUS da Bahia. Ou seja, a microrregião de Ilhéus, segundo dados do IBGE atualizados pelo Censo 2010, com apenas seus oito municípios de abrangência concentra 2% da população total do estado. Acontece que a alta complexidade é regulada pela urgência, não necessariamente atende apenas aos municípios de abrangência, como Ilhéus é município turístico de relevância no cenário nacional e até internacional, e ainda possui na sua programação de referência mais de dezenove municípios para boa parte dos leitos hospitalares, chegando a 416 municípios para determinado procedimento, isso significa dizer que sua capacidade está longe de adequada, havendo um aumento populacional esta programação deve ser imediatamente elevada para um total de 4 a 10% do total de leitos hospitalares existentes. Onde a necessidade de leitos gerais corresponde a 2,6 a 3% da população total, aqui considerada 313.594 habitantes na microrregião de Ilhéus (IBGE, 2010). Na nova PPI, Ilhéus responde por 524 leitos (CNES-Ba), dos quais 103 não estão credenciados ao SUS, o que significa dizer que necessita de 291 novos leitos,

independente do aumento populacional previsto com a instalação do Complexo Multimodal Porto Sul, segundo parâmetros assistenciais preconizados na Portaria MS 1.101/2002.

Já vimos que obras de infra-estrutura podem dar a ilusão de desenvolvimento, mas, com grandes custos pelas externalidades. No caso do Porto Sul, Ilheus precisa viabilizar um caminho. Se apoiar o Porto Sul terá que buscar com urgência a reestruturação dos serviços de saúde. Não será suficiente a construção das três UPAs anunciadas. A urgência/emergência deve ser vista como o é: nível secundário de assistência, o qual certamente terá seu fluxo ampliado significativamente com o porte do empreendimento proposto. No entanto, a mudança nos indicadores de saúde de Ilhéus não registrará melhores resultados com a simples ampliação de oferta de leitos e serviços, pois refletem justamente a priorização das ações curativas, onde as pressões relacionadas à assistência médica ainda dominam o orçamento e a pauta política da maior parte dos municípios brasileiros, em detrimento das questões de promoção da saúde, faz-se necessário realizar uma reflexão crítica sobre as possibilidades de transformação deste modelo à partir do desenvolvimento da integração de estratégias intersetoriais e de participação social na construção de espaços saudáveis.

## **8.2 Reestruturação da gestão municipal na perspectiva da implantação da estratégia Cidade/Municípios Saudáveis para tomada de decisão mais acertada.**

Tendo o Governo aceitado o desafio de construir caminhos a partir dos conflitos socioambientais instalados em torno do Complexo Porto Sul; de reconhecer a legitimidade do controle social e garantir sua efetiva participação de forma saudável poderá está optando por adotar uma estratégia de gestão compartilhada já experimentada e com registros de ganhos reais na construção de municípios saudáveis, que segundo a OPAS (1996), dá-se através das seguintes fases:

- 1) declaração pública de compromisso do governo local por avançar para a meta de ser um município saudável;
- 2) criação e funcionamento de um comitê intersetorial;
- 3) elaboração de um diagnóstico com a participação dos cidadãos e instituições locais;
- 4) implementação de um plano consensual estabelecendo prioridades e recursos;
- 5) estabelecimento de um sistema de informação para o monitoramento e a avaliação no nível local.

Assim, tendo o Governo Municipal decidido pela reestruturação da gestão de maneira integrada e participativa nos moldes da Estratégia de Cidade/Município Saudável, convoca a formação de um CI – Comitê Intersetorial, formado por técnicos e membros dos conselhos instalados no município – observando aí o princípio da paridade, para adequada negociação. O passo seguinte é a construção de um diagnóstico amplo com a participação do controle social que pode ser considerado o estudo realizado pela equipe técnica do Laboratório Interdisciplinar de Meio Ambiente (LIMA), do Instituto Alberto Luis Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa em Engenharia (COPPE), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no âmbito da Avaliação Ambiental Estratégica (AAE) do Programa Multimodal de Transporte e Desenvolvimento Minero-Industrial da Região Cacaueira. Vale ressaltar que está previsto para 2011, uma Conferência Municipal de Saúde, na qual outras questões da intersectorialidade, talvez não contempladas no referido estudo possam então ser melhor discutidas, ampliando o diagnóstico existente.

Restam então à construção de um Plano Consensuado de prioridades de governo com definição de recursos, o qual pode considerar a oportunidade de levantamento de propostas provenientes do estudo referido e da própria Conferência Municipal de Saúde, prevista para o primeiro semestre de 2011. No entanto todos esses passos têm seu êxito atrelado ao estabelecimento de um sistema de informação competente para o monitoramento e a avaliação no nível local o que pode contar com o apoio do Ministério da Saúde que já vem trabalhando na construção de uma rede de cidades/municípios

saudáveis para troca de experiências e apoio institucional, como informa Rogério Fenner<sup>14</sup> respondendo a uma consulta minha nesse sentido por email:

*“Está sendo estabelecido o Fórum Brasileiro das Redes de Cidades, Municípios e Comunidades Saudáveis e Sustentáveis. Este Fórum está em vias de ser institucionalizado e os critérios de adesão estão sendo definidos. Provavelmente em maio ou junho deste ano (2.011) o Fórum já estará em funcionamento e poderemos informar mais exatamente como proceder. Caso você seja representante de um município você poderia aderir uma das redes que fazem parte do Fórum como, por exemplo, a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis – RPMS ou a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis - RMPS, entre outras redes e iniciativas. O III Encontro Nacional das Redes de Cidades Saudáveis – III ENRCS será realizado provavelmente no Crato - CE em maio ou junho de 2011.”*

O compromisso político deve extrapolar uma ação individual, assim fez-se necessário assumir que se trata de uma questão política, um compromisso de trabalhar para que os dirigentes e a sociedade compreendam essa questão. E que esta participação e esse contexto social, tendo a população como Sujeito, não Objeto do processo, leve a uma contínua relação governo/sociedade capaz de manter a continuidade desse processo, mesmo ou apesar, das eventuais mudanças dos dirigentes políticos.

## 9. Referências

ACSELRAD H, HERCULANO S, PÁDUA J.A. **Justiça ambiental e cidadania**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2004.

---

<sup>14</sup> Rogério FENNER, Consultor Técnico/ Cidades Saudáveis. Coordenação Geral de Projetos e Ações Estratégicas – CGPAE. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST – Ministério da Saúde.

ALTVATER E., **Existe um marxismo ecológico**. In: Boron AA, Amadeo J, González S, organizadores. **A teoria marxista hoje: Problemas e perspectivas**. 2007. Disponível em:

ALVES FILHO, M. **O Mapa da Praga do Cacau**. Jornal da Unicamp. Disponível em: [http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/ju/setembro2002/unihoje\\_ju192pag03.html](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/setembro2002/unihoje_ju192pag03.html)

ANDRADE, L. O. M. **Os Desafios da Atenção Primária**. O COFFITO, São Paulo: Insert, n. 6, p. 16-19, março. 2000.

ANDRADE M.L.A., CUNHA L.M.D.S., GANDRA G.T. **Reestruturação na siderurgia brasileira**. Rio de Janeiro: BNDES; 1999.

ANDRADE, M. M., **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de trabalhos na graduação**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BARBOSA FILHO, A. N., **Segurança do Trabalho & Gestão Ambiental**. São Paulo: Atlas, 2001.

BRANCO, A. M.; MARTINS, M. H. B. **Desenvolvimento sustentável na gestão de serviços públicos Responsabilidade socioambiental e informe social**. 1ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007. ISBN: 9788577530137

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos** /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 180 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 978-85-334-1470-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundswall, Declaração de Adelaide, Declaração de**

**Jakarta, Declaração de Santafé de Bogotá, Rede de Mega Países, Declaração do México.** Brasília, Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). ISBN 85-334-0602-9

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção Básica, Departamento da Atenção Básica. **Coordenação, Distribuição e informações.** Revista Brasileira Saúde da Família. Ano XI, número 25, jan/mar 2010

Home Page: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

BRÜSEKE, F. J. **O Problema do Desenvolvimento Sustentável.** In: VIOLA, Eduardo et al. (Org.) **Meio ambiente, desenvolvimento e cidadania: desafios para as ciências sociais.** Santa Catarina: Cortez Editora, 1995. p.29-40.

BUSS, P. M., **Saúde, sociedade e qualidade de vida.** Fiocruz, Rio de Janeiro.

Publicada em: 02/01/2003 às 17:4:

<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8&infolid=34>

CARDELLA, B., **Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes: Uma Visão Holística; Segurança Integrada a Missão Organizacional com Produtividade, Qualidade, Prevenção Ambiental e Desenvolvimento de Pessoas.** São Paulo: Atlas, 1999.

CARTA de Ottawa sobre a Promoção da Saúde. Ottawa-Canadá: I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986. Disponível em:

<<http://www.saudeemmovimento.com.br>>.

CLAPP, J., **Foreign Direct Investment in Hazardous Industries in Developing Countries: Rethinking the Debate.** *Environmental Politics* 1998; 7(4):92-113.

COLENGHI, V. M., **O & M e Qualidade Total: Uma Interpretação Perfeita**. 2ed. Rio de Janeiro: Quality Mark Editora, 2003.

COLOPY, J., **Poisoning the developing world: the exportation of unregistered and severely restricted pesticides from the United States**. *Journal of Environmental Law and Policy* 1994; 13:167-224.

CONTI, L., **Ecologia, capital, trabalho e ambiente**. São Paulo: Editora Hucitec; 1986.

CORBURN, J. **Street science: community knowledge and environmental health justice**. Cambridge: MIT Press; 2005.

COUTO, H.A., **Ergonomia Aplicada ao Trabalho: Manual Técnico da Máquina Humana**. Belo Horizonte: ERGO Editora, 1995. Vol 1.

CZERESNIA, D., FREITAS C.M., **Promoção da saúde: reflexões, conceitos, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

DELA COLETA, J.A., **Acidentes com o Trabalhador: Fator Humano, Contribuições da Psicologia do Trabalho, Atividades de Prevenção**. São Paulo: Atlas, 1991.

DOYAL, L., 1979. **The Political Economy of Health**. Londres: Pluto Press.

FARIA, N.X., FASSA A.G., FACCHINI L.A. **Pesticides poisoning in Brazil: the official notification system and challenges to conducting epidemiological studies**. *Cien Saude Colet* 2007; 12 (1):25-38.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

FIGUEIREDO, L. **Cidades saudáveis**. FAUUSP/ Departamento de projeto Grupo de Disciplinas de Planejamento. São Paulo, 2001. Disponível em:  
[http://www.usp.br/fau/cursos/graduacao/arq\\_urbanismo/disciplinas/aup0272/6talun/index.html](http://www.usp.br/fau/cursos/graduacao/arq_urbanismo/disciplinas/aup0272/6talun/index.html).

FONSECA, Albino. **Biologia**. São Paulo: Ática, 1979.

FREITAS C.M, Porto MF. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

FREITAS C.M. **A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva**. Cad Saúde Pública 2005; 21:679-701.

FREITAS C.M. **Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais**. CiêncSaúdeColetiva 2003; 8:137-50.

GEORGESCU-ROEGEN N. The Entropy Law and the Economic Problem. In: Daly EH, Townsend KN, editors. Valuing the Earth: Economics, Ecology, Ethic. Cambridge: MIT Press; 1993.

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxispt/cap.15.doc>

GUERIN F.et.al. **Compreender o Trabalho para Transformá-lo**. São Paulo: Edgard Blucher, 2001.

IIDA, Itiro. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo, Ed. Edgard BlucherLtda, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SIDERURGIA. Anuário estatístico 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Siderurgia; 2003.

[http://www.ibs.org.br/downloads/Folder\\_Investimento\\_IBS.pdf](http://www.ibs.org.br/downloads/Folder_Investimento_IBS.pdf)

INSTITUTO BRASILEIRO DE SIDERURGIA. Anuário estatístico 2007. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Siderurgia; 2007.

[http://www.ibs.org.br/downloads/Folder\\_Investimento\\_IBS.pdf](http://www.ibs.org.br/downloads/Folder_Investimento_IBS.pdf)

INSTITUTO BRASILEIRO DE SIDERURGIA. Siderurgia brasileira: relatório de sustentabilidade. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Siderurgia; 2006.

[http://www.ibs.org.br/downloads/Folder\\_Investimento\\_IBS.pdf](http://www.ibs.org.br/downloads/Folder_Investimento_IBS.pdf)

INSTITUTO BRASILEIRO DE SIDERURGIA. Siderurgia: investimentos e expansão da produção. Disponível em:

[http://www.ibs.org.br/downloads/Folder\\_Investimento\\_IBS.pdf](http://www.ibs.org.br/downloads/Folder_Investimento_IBS.pdf)

INTERNATIONAL SOCIETY OF ECOLOGICAL ECONOMICS. Disponível em:

<http://www.ecoeco.org/>

IRWIN A. Ciência cidadã: um estudo das pessoas, especialização e desenvolvimento sustentável. Lisboa: Instituto Piaget; 1998

ISRAEL B.A., SCHULZ A.J., PARKER E.A., BECKER A.B. Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *AnnuRevPublicHealth*.1998; 19:173-202.

LARA, Edson José. **Higiene e Segurança do Trabalho**. Viçosa: Oficina Gráfica da Imprensa UFV, 1982.

LEAL M.C, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, organizadores. **Saúde, ambiente e desenvolvimento – uma análise interdisciplinar**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992.

LIMA/COPPE/UFRJ, Por solicitação do Instituto de Meio Ambiente (IMA), da Secretaria de Estado do Meio Ambiente (SEMAD). **Avaliação das Alternativas Locacionais de Implantação do Programa Multimodal de Transporte e Desenvolvimento Minerioindustrial da Região Cacaueira — Complexo Porto Sul**. UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

LITTLE P.E. A etnografia dos conflitos sócio-ambientais: bases metodológicas e empíricas. In: *Anais do I Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade*; 2004; Indaiatuba.

LYZNICKI M.S. Educational and Information Strategies to Reduce Pesticide Risks. *Preventive Medicine* 1997; 26:191-200.

MACHADO J.M.H., COSTA D.F., CARDOSO L.M., ARCURI A. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil. *CienSaudeColet* 2003; 8(4):913-921

MARTINEZ-ALIER J. *O ecologismo dos pobres*. São Paulo: Contexto; 2007.

MARTINS P.R. *Trajetórias tecnológicas e meio ambiente: a indústria de agroquímicos/transgênicos no Brasil* [tese]: Campinas (SP): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp; 2000

MARTINS, P. T. A. **Os reflexos da crise da lavoura cacaueteira nos ecossistemas de manguezal do Município de Ilhéus**. *Geografia* - v. 16, n. 1, jan./jun. 2007 – Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Geociências [http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&source=hp&biw=1260&bih=504&q=crise+ca caueira+ilhheus&aq=f&aqi=&aql=&oq=](http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&source=hp&biw=1260&bih=504&q=crise+ca+caueira+ilhheus&aq=f&aqi=&aql=&oq=)

MAY P. **Economia ecológica e o desenvolvimento equitativo no Brasil**. In: Cavalcanti C, organizador. **Desenvolvimento e natureza: estudos para uma sociedade sustentável**. São Paulo: Cortez Editora; 1995. p. 235-55.

McKEOWN, T. & BROWN, R. G., 1956. Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century. *Population Studies*, 9: 119-141.

MENDES, R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos Participativos: Os Casos de Jundiá e Maceió**. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06112004-211843/>

MENDES, R. **Maquinas e Acidentes de Trabalho**. Brasilia: Met / Sit: Mpas, 2001.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Ateneu, 1995.

M'GONIGLE R.M. Ecological economics and political ecology: towards a necessary synthesis. *EcologicalEconomics* 1999.

MILANEZ B, PORTO M.F.S. Gestão Ambiental e Siderurgia: Limites e Desafios no Contexto da Globalização. *Revista de Gestão Social e Ambiental* 2009; 3(1):4-21.

MINAYOM.C.S, Porto MFS, Freitas CM, Rozemberg B, Soares M, Mendes R. **O programa institucional sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz**. *AnAcadBrasCiênc* 1999; 71:279-88.

MINETTI, L.J. **Apostila de Ergonomia da Disciplina ENF412**. 1OSEMESTRE 2004

MOTTA R.M.M., WESTPHAL M.F., BOGUS C.M. e CARICARI A.M. *Panorama das Cidades/Municípios Saudáveisno Brasil*. Faculdade de Saúde Pública USP/OrganizaçãoPan-americana de Saúde, São Paulo.1998.

MUNDIN, Paulo Prazeres. **Dicionário de Termos de Qualidade**. São Paulo: Atlas, 1996.

MURTA, M.G. **Avaliação da segurança e saúde ocupacionais no trabalho em uma empresa do setor de mineração no estado de Minas Gerais** - Trabalho apresentado ao Departamento de Engenharia Elétrica e de Produção da UFV como parte das exigências para a conclusão do curso de Engenharia de Produção. Viçosa Minas Gerais – Brasil. 2006

NASCIMENTO, J.T. **Internet, cultura e turismo: o patrimônio arquitetônico de Ilhéus em sites informativos de turismo**. Dissertação de Mestrado. UESC – Ilhéus - Bahia, 2007.

OLIVEIRA, Candido de. **Modelo Causal para Danos ao Trabalho**, 2002.

OLIVEIRA, Marcos Antônio Lima de. **Qualidade e o Desafio da Pequena e Média Empresa**. Rio de Janeiro: Quality Mark Ed Fortaleza, Sebrae: 1994.

OMS 1995. Vinte pasos para formular unproyeto de ciudades sanas. Washington.

OPAS 1996. El Movimiento de Municipios Saludables: una Estrategia para laPromoción de laSaluden América Latina, v. 96-14, abril.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. [site da Internet]. 2005. [acessado 2009 abr 23]. Disponível em: <http://laborsta.ilo.org/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos*. Brasília: OPAS; 1996.

PAIM J.S., Almeida Filho N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

PAIXÃO, Floriceno. **Segurança e Higiene do Trabalho**. Porto Alegre: Editora Síntese, 1977.22

PIMENTEL D, GREINER A. **Environmental and socio-economic costs of pesticide use**. In: Pimentel D, editor. **Techniques for Reducing Pesticide Use: Economic and Environmental Benefits**. Chichester, UK: John Wiley& Sons; 1997. p. 51-78.

PORTO M.F.S., **Uma ecologia política dos riscos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

PORTO M.F.S., MARTINEZ-ALIER J. **Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde**. *Caderno deSaude Publica*. Rio de Janeiro, 23 (Supl. 4):S503-S512. 2007.

PORTO M.F.S. **Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental**. *CienSaudeColet* 2005; 10(4):829-839.

PORTO M.F.S. **Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD – Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável.** *Ciência Saúde Coletiva* 1998; 3:33-46.

PRATA, P. R.A **Transição Epidemiológica no Brasil.** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (2): 168-175, abr/jun, 1992.

REZENDE, A. A., BENJAMIN, C. S.; SANTOS, W. O.; SOUSA, T. P. L. B; MIYAJI, M. **Impactos Sócio-Econômicos na Região Sul da Bahia Após Entrada da Vassoura de Bruxa e Queda de Preço no Mercado Internacional.** Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Pôster-Evolução e estrutura da agropecuária no Brasil apresentado em Porto Alegre, 26 a 30 de julho de 2009.

SANTANA, A. M. C.. **A abordagem Ergonômica como Proposta para Melhoria do Trabalho e Produtividade em Serviços de Alimentação.** Florianópolis, SC. UFSC. p. 370.

SCARANO, F.R. e OLIVEIRA, P.E.A.M. **Sobre a Importância da Criação de Mestrados Profissionais na Área de Ecologia e Meio Ambiente.** Artigo publicado na Revista Brasileira de Pós-graduação (CAPES). Brasília.v.2n.4, p 90-96, jul 2005.

[http://www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/downloads/RBPG/vol.2\\_4\\_jul2005\\_/Estudos\\_Artigo2\\_n4.pdf](http://www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/downloads/RBPG/vol.2_4_jul2005_/Estudos_Artigo2_n4.pdf)

SOARES W.L., PORTO M.F. **Atividade agrícola e externalidade ambiental: uma análise a partir do uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro.** *CienSaude Colet* 2007; 12(1):131-143.

SOARES W.L., PORTO M.F. **Estimating the social cost of pesticide use: an assessment from acute poisoning in Brazil.** *EcologicalEconomics* 2009; 68(10): 2721-2728.

RAMOS, M.H. **Impacto socioambiental e na saúde dos trabalhadores causados pela indústria de pelotização Samarco e aqueles que serão provocados pela**

**produção de hidrocarbonetos no município de Anchieta (ES)** .Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. 2002.

REDE BRASILEIRA DE JUSTIÇA AMBIENTAL. Banco Temático. Disponível em:

[http://www.justicaambiental.org.br/\\_justicaambiental/pagina.php?id=1010](http://www.justicaambiental.org.br/_justicaambiental/pagina.php?id=1010)

RIGOTTO, R. M. **Inserção da saúde nos estudos de impacto ambiental: o caso de uma termelétrica a carvão mineral no Ceará.** Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 14, Núm. 6, dezembro-sinmes, 2009, pp. 2049-2059, Associação Brasileira de PósGraduação em Saúde Coletiva Brasil

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63012431010>

TAMBELLINI A.T., Câmara VM. **A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos.** Ciênc Saúde Coletiva 1998; 3:47- 59.

Teixeira CF & Paim JS. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida,** pp. 59-78. In CF Teixeira, JS Paim & AL Vilasbôas (orgs.). 2002. *Promoção e vigilância da saúde.* Ed. Cooptec/ISC, Salvador.

TEIXEIRA C.F., Paim JS, Vilasboas AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** InfEpidemiol SUS 1998; 7:7-28.

THIOLLENT M. *Metodologia da pesquisa-ação.* São Paulo: Cortez ; 1986.

WALLE, Manfred e Jennings. **Manual de Segurança e Saúde em Minas de Superfície de Pequeno Porte.** Brasília: Copyright Organização Internacional do Trabalho, 2003.

WESTPHAL,M.F., MENDES, R. **Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade.** Revista de Administração Pública – RAP - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000

WESTPHAL, M.F. **Municípios saudáveis: aspectos conceituais.** *Saúde e Sociedade*. Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v. 6, n. 2 (ago/dez 1997), São Paulo, 1997.

XAVIER, C. Cidade saudável: uma filosofia e uma idéia. **Tema**, Rio de Janeiro; n. 19, p. 8, 2000.