

Estilos de vida, interacciones sociales y desarrollo humano

Conferencistas
invitados:

Adela Cortina
Universidad de Valencia

Jay Drydyk
Universidad de Carleton

Ori Heffetz
Universidad de Cornell

David Crocker
Universidad de Maryland

VI CONFERENCIA DE ALCADECA

Asociación Latinoamericana y del Caribe para el Estudio de las Capacidades Humanas
Organizada por el grupo Ética, Justicia y Economía de la Universidad de la República

30 de mayo al 1º de junio de 2016, Montevideo
Facultad de Ciencias Económicas y de Administración - Av. Gonzalo Ramirez 1926



Información disponible en www.iecon.ccee.edu.uy / Consultas: alcadeca2016@iecon.ccee.edu.uy

O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE NO BRASIL E A ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES: UM ESTUDO DE CASO¹

Diego Maciel de Oliveira

Economista, professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão
diego.oliveira@ifma.edu.br

Júlia Elisabete Barden

Economista, professora do PPGAD/UNIVATES
jbarden@univates.br

RESUMO: O conceito ampliado de saúde brasileiro, divulgado em 1986, foi concebido com base nas concepções internacionais que foram sendo formuladas a partir da década de 1940. Este conceito tem forte relação com a Abordagem das Capacitações (AC), pois considera a saúde em um aspecto multidimensional, sendo ela resultado da combinação de 12 variáveis. O objetivo desta pesquisa é fazer uma discussão acerca da aplicação deste conceito à luz da AC. Além do exame bibliográfico sobre o conceito de saúde, foi realizado um estudo de caso com 11 famílias moradoras de um bairro em situação de vulnerabilidade socioambiental na periferia da cidade de Imperatriz/MA, região nordeste do Brasil. Esta pesquisa tem natureza qualitativa e a coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, sendo os dados analisados com a técnica de Análise de Conteúdo. Constatou-se que após 30 anos da realização da Conferência, persiste o desafio de aplicar integralmente este conceito na maior parte das cidades brasileiras, pois a saúde das pessoas ainda é mensurada segundo o conceito negativo de saúde, ou seja em termos da presença ou ausência de doenças. A partir dos resultados obtidos pode-se afirmar que o grupo analisado não tem boas condições de saúde, pois todas as variáveis do conceito foram afetadas negativamente. Percebeu-se que existem muitos problemas que não são considerados pelas autoridades públicas, pois as ações de saúde ainda são guiadas pelo conceito negativo. Constatou-se também que os entrevistados não sabem que ter saúde vai além de viver com ou sem doenças, assim não exercem sua condição de agente, princípio fundamental na concepção de desenvolvimento de Amartya Sen.

Palavras-chave: saúde; saneamento; Abordagem das Capacitações; desenvolvimento; liberdades.

1 Introdução

Ter saúde é fundamental. Esta afirmação é recorrente e encontra respaldo sob diferentes contextos e conotações. Segundo Galvão JR (2009, p. 549) a saúde das pessoas influencia diretamente o desenvolvimento de um local, tendo em vista que “a participação do indivíduo na atividade econômica e social depende de uma vida saudável”. Quando se analisa o desenvolvimento a partir da Abordagem das Capacitações (AC), considera-se este um processo de expansão das liberdades humanas. Sen (2002) entende que saúde é uma das condições mais importantes da vida e Nussbaum (2000) considera que ela é uma capacitação

¹Preparado para apresentação na VI Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe para el Desarrollo Humano y el Enfoque de Capacidades, Montevideo, Uruguai, 30 de maio a 1 de junho de 2016.

central, já que as pessoas devem ser capazes de ter boa saúde para serem verdadeiramente humanas. Assim, desfrutar de uma vida saudável significa ampliar as liberdades das pessoas, conseqüentemente, não desfrutar é ampliar as privações.

Todavia, o que é saúde? Em 1986, quando foi realizada 8ª Conferência Nacional de Saúde, o governo brasileiro ampliou o conceito de saúde apresentado em 1946 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a definiu como, não apenas a presença ou a ausência de doenças, mas um completo estado de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946). Na conferência, o Ministério da Saúde brasileiro ampliou o que a OMS intitulou de completo estado de bem-estar estabelecendo a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04). Essa nova ótica representou um avanço, pois o governo considerou que saúde não pode ser definida observando-se apenas uma dimensão, passando então a utilizar um conceito multidimensional. Por outro lado, apesar de passados 30 anos da realização da conferência, ainda persiste o desafio de aplicar integralmente este conceito na maior parte das cidades brasileiras.

Neste artigo, propõe-se fazer uma discussão acerca da aplicação do conceito ampliado de saúde utilizado no Brasil à luz da AC. Essa reflexão foi feita a partir do estudo de caso de um grupo de moradores da Vila João Castelo, bairro em situação de vulnerabilidade socioambiental localizado na periferia da cidade de Imperatriz-MA-Brasil, região nordeste do país. Como existe uma forte ligação entre saúde e saneamento, 11 famílias que vivem em péssimas condições de saneamento básico foram entrevistadas. Objetivou-se com isso analisar as condições de saúde delas a partir das 12 variáveis que formam o conceito e compreender como este conceito tem sido aplicado nas ações de saúde do poder público local, bem como capturar a percepção das famílias a respeito da saúde.

Este texto se divide em três seções. Além desta introdução, a segunda seção trata resumidamente das definições de saúde ao longo do tempo. Na seção três discute-se saúde, saneamento e AC. Após ela, são apresentados os procedimentos metodológicos e em seguida, na seção 5 são relatados e discutidos os resultados do estudo de caso. A seção final é dedicada às considerações finais.

2O significado de saúde ao longo do tempo e o conceito ampliado brasileiro

Saúde e doença não possuem o mesmo significado para todas as pessoas, por isso seus conceitos assumiram diferentes conotações ao longo dos tempos, haja vista essa representação depender da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007). É por isso que a própria ciência médica não consegue, isoladamente, definir estes dois termos (BATISTELLA, 2007). Uma doença em uma época pode não ser doença em outra. É o caso da drapetomania que acometia os escravos americanos, citada por Scliar (2007). Na atualidade pode não fazer sentido, mas para o médico que a diagnosticou em 1851 fazia. Para ele o desejo de fugir que o escravo sentia era uma enfermidade mental.

Na maioria das civilizações antigas as interpretações eram mágico-religiosas. Hebreus e Egípcios entendiam que as doenças eram consequências do pecado e a cura só poderia ser alcançada a partir de intervenções divinas, para isso, xamãs, pajés, benzedeiros e curandeiros faziam seus rituais para livrar alguém, ou um grupo, de doenças (SCLIAR, 2007). Para os hindus e chineses, a doença era o resultado do desequilíbrio do organismo humano que poderia ocorrer por fatores relacionados ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais (BACKES et al 2009). Os antigos gregos avançaram ao dar explicações racionais, pois mesmo cultuando deuses como Asclépius, o deus da medicina, e suas filhas Higiéia e Panacea, que representavam a saúde e a cura, respectivamente, buscaram entender as relações entre o homem e a natureza utilizando ervas e métodos naturais além de rituais religiosos (BATISTELLA, 2007). Já no Império Romano, embora por influência da igreja a relação saúde e pecado tenha ganhado força novamente, houve um avanço e a saúde passou a ser tratada com mais atenção. Foram construídos os primeiros hospitais, criados os códigos sanitários, construídos sistemas de canalização de esgoto e ruas foram pavimentadas.

Durante muitos anos a saúde foi entendida como ausência de doença. Neste período, enquanto os esforços concentravam-se na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado (BATISTELLA, 2007). Até 1946 não havia ainda um conceito universalmente aceito do que era saúde, e sem esse conceito seria difícil organizar ações de promoção à saúde a nível mundial. Foi após a segunda guerra, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que isto aconteceu (SCLIAR, 2007). Em 22 de Julho de 1946 a OMS promulgou a sua constituição, e no preâmbulo do texto divulgou o seguinte conceito: “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente presença ou ausência de doença” (WHO, 1946). Segundo Scliar (2007, p. 37), a

definição dada pela OMS refletia a ideia de que “saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações”.

Várias críticas foram feitas a este conceito, entre elas, o fato dele ser abstrato, dele permitir que o estado interfira na vida das pessoas para promover a saúde e também dificultar a tarefa de medir o nível de saúde de uma população (SCLAR, 2007; BATISTELLA, 2007). Também Segre (1997) tece várias críticas, chegando a afirmar que ele é irreal, ultrapassado e unilateral. Entretanto, mesmo com estas críticas este conceito passou a ser utilizado na maioria dos países.

Com o passar do tempo esta concepção foi se ampliando. Em 1986 durante a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, surgiu a proposta de saúde como qualidade de vida, sendo essa qualidade condicionada por vários fatores, como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. Ao contrário do conceito negativo (ausência de doença) que perdurou por muitos anos, esta carta reconhece a saúde como um conceito positivo, para o qual se fazem necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física (BACKES et al 2009; CZERESNIA, 1999).

Essa mudança na conceituação trouxe implicações também na forma de fazer a promoção da saúde. Backes (et al 2009) afirma que nesse novo entendimento, promover saúde é oferecer condições para que as pessoas cuidem da sua própria saúde, não apenas executar, ações de combate às doenças. “Tal fato deve demandar dos indivíduos e dos grupos a capacidade de identificar os seus problemas, satisfazer as suas necessidades, modificar ou adaptar-se ao meio e, conseqüentemente, atingir o bem-estar” (BACKES et al 2009, p. 112). Portanto, a responsabilidade vai além do setor de saúde.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde também realizada no ano de 1986 ampliou ainda mais o conceito de saúde, definindo-a como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 04).

Acrescentando este conceito ampliado, Czeresnia (1999) afirma que houve um avanço tanto teórico quanto prático, entretanto, um significado pleno de saúde significa promover a vida

em múltiplas dimensões, sendo que isso está diretamente relacionado a ações do Estado e à autonomia dos sujeitos.

3Saúde, saneamento básico e a Abordagem das Capacitações

A Abordagem das Capacitações (AC) foi desenvolvida por Amartya Sen a partir da década de 80, recebendo importantes contribuições da filósofa Martha Nussbaum, e serviu de referência para o enfoque do Desenvolvimento Humano (DH). Nela a expansão da liberdade é entendida como fim primordial e principal meio do DH (SEN, 2010). Segundo Macana (2008) liberdade como “fim” exerce um papel constitutivo, ou seja, se concede valor intrínseco à vida humana, enquanto liberdade como “meio” tem papel instrumental e é vista como uma forma de ampliar ainda mais as liberdades e alcançar bem-estar. Para Sen (2010) o desenvolvimento deve estar relacionado com a melhoria da vida das pessoas, analisada a partir das liberdades que elas desfrutam. Expandir as liberdades que elas têm razão para valorizar, além de tornar as vidas mais ricas e mais desimpedidas, faz com que as pessoas também sejam seres sociais mais completos, portanto, podem interagir com o mundo e influenciá-lo (SEN, 2010).

Na AC “o bem-estar de uma pessoa pode ser concebido em termos de qualidade [...] do ‘estado’ da pessoa. Viver pode ser visto como consistindo num conjunto de ‘funcionamentos’ inter-relacionados, que compreendem estados e ações (*beings and doings*)” (SEN, 2012, p. 79). Surge assim um dos conceitos centrais na AC, o de funcionamento (*functionings*), que é definido por Sen (2010, p. 104) como “as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso fazer ou ter”. Eles podem ser básicos, como ter uma boa nutrição, estar em boa saúde livre de doenças evitáveis e da morte prematura, ou ser feliz, que é mais complexo.

Relacionado ao conceito de funcionamento está o conceito de capacitação (*capability*): as combinações de funcionamentos que uma pessoa pode realizar (SEN 2010; 2012). Sen (2010) afirma que a capacitação é um tipo de liberdade, a liberdade real. Enquanto o funcionamento é aquilo que a pessoa realizou, a capacitação é a liberdade para realizar, ou seja, funcionamentos realizados se relacionam com a realização do bem-estar e as capacitações são a liberdade para realizar bem-estar. A capacitação representa as várias combinações de funcionamentos que uma pessoa pode realizar e reflete a liberdade da pessoa

para levar um tipo de vida ou outro. A liberdade que uma pessoa tem para o bem-estar é, na visão de Sen, a capacidade para realizar funcionamentos (SEN, 2012).

Como a liberdade tem um papel instrumental, Sen (2010, p. 25) apresenta cinco liberdades que ajudam “a promover a capacidade geral de uma pessoa”: liberdades políticas, facilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança protetora. A criação de oportunidades sociais, como serviços de saúde, contribui para o desenvolvimento.

Nussbaum (2000) propõe uma lista, a qual denomina Lista das Capacitações Humanas Centrais. A proposta da definição de uma lista de capacitações humanas centrais proporciona analisar se a pessoa é “verdadeiramente humana”, pois “a ausência de capacitação para funcionar pode ser suficientemente forte que não permite que a pessoa se torne um ser humano” (BAGOLIN; PORSSE, 2004, p. 4). Dentre as dez capacitações humanas centrais, a saúde é uma delas. Assim, para Nussbaum (2000), ter saúde e ser capaz de ter boa saúde, incluindo a saúde reprodutiva, ser adequadamente nutrido, ter um abrigo adequado faz a pessoa ser verdadeiramente humana.

Gozar de boa saúde é um funcionamento valioso, mas muitas pessoas não podem realizá-lo. Alkire (2010) faz quatro observações importantes sobre o espaço dos funcionamentos e capacitações. Primeira, se capacitação significa liberdade real, esta não pode ficar apenas no papel (*paper freedom*). Por exemplo, a capacitação de desfrutar de saúde requer que exista a estrutura de saúde (posto, médico, remédios...) e que o atendimento ao paciente não seja negado de forma alguma. Segunda, funcionamentos são seres e fazeres (*beings and doings*) que podem variar e não se restringem ao que é básico. Terceira, são seres e fazeres que as pessoas valorizam, assim, o desenvolvimento não pode ser imposto sem respeitar os valores e preferências das pessoas, portanto, se as pessoas não valorizaram o resultado, não houve desenvolvimento. Finalmente, a quarta observação é que nem tudo o que se valoriza vai ser de fato alcançado, pois existem pessoas/grupos que valorizam coisas socialmente destrutivas (excluir pessoas, violência, dominação), por isso, deve-se abrir espaço para diálogos sobre o que é valioso para a sociedade.

Tanto o conceito de saúde da OMS como o da conferência brasileira inserem outros determinantes que influenciam a saúde. Eles são claros ao considerar que um indivíduo doente é um indivíduo com um estado de bem-estar físico, mental e social incompleto, não

simplesmente um indivíduo sem doença. Mesmo assim, não se pode desassociar saúde de doença, visto que estes determinantes (alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra, serviços de saúde) podem ser responsáveis pelo surgimento de várias doenças.

Geralmente grupos de baixa renda residem em áreas com más condições urbanísticas e sanitárias e em situações de risco e degradação ambiental (TORRES, 1997; SAIANI; TONETO JÚNIOR, 2008; GALVÃO JÚNIOR, 2009). Citando dados do *International Human Dimensions Programme on Global Environmental Change* (IHDP) Alves (2006) entende que a população pobre geralmente não tem acesso a saneamento adequado sendo forçada a residir em áreas expostas a altos níveis de poluição hídrica. Como nestas áreas é comum a presença de doenças de veiculação hídrica, isso representa séria ameaça à saúde humana, principalmente para as crianças, que são as mais vulneráveis a estas doenças. Em Porto Alegre-RS-Brasil, por exemplo, no final dos anos 80, a taxa de mortalidade adulta em áreas pobres era 75% mais elevada do que em áreas ricas, e em São Paulo duas a três vezes mais elevadas para pessoas sem profissão do que para pessoas com profissão (WORLD BANK, 1993).

Diferentes estudos têm estabelecido a relação de diversas doenças à falta de saneamento². Algumas das doenças que podem ser transmitidas pela ingestão direta de água contaminada são: febres tifoide e paratifoide, disenterias bacilar e amebiana, cólera, hepatite infecciosa, poliomielite e enteroinfecções em geral. Por outro lado, o contato com a água contaminada também provoca doenças como: Esquistossomose, infecções nos olhos, ouvidos, nariz e garganta e doenças de pele. Fora estas, nas quais os agentes patológicos se utilizam da água para transmitir, ainda existem aquelas nas quais os veículos são excretas, humanas e de outros animais, e lixo.

Nuvolari (2011, p. 17) apresenta dados relativos à Europa e afirma que entre os anos de 1345 e 1349, 43 milhões de pessoas morreram vítimas da peste bubônica. Esta doença é transmitida por pulgas infectadas por ratos, segundo o autor, “limpeza não era exatamente um atributo daquelas populações”.

² Prüss-Üstün; Corvalán (2006); Calijuri (et al., 2009); Teixeira; Pungirum (2005) Ludwig (et al., 1999); Moraes (1997a, 1997b, 1997c); Heller (1997); Feachem (et al., 1983); Mara; Alabaster (1995); Cairncross; Feachem (1990); Dacach (1990).

Cerca de 24% do total de doenças no mundo e 23% de todas as mortes são decorrentes de fatores ambientais, assim como, 94% dos casos de diarreia também estão ligadas a estes fatores (PRÜSS-ÜSTÜN; CORVALÁN, 2006). Dados também indicam que 80% das doenças e 65% das internações hospitalares no Brasil estão correlacionadas com o saneamento (SAIANI; TONETO JÚNIOR, 2008).

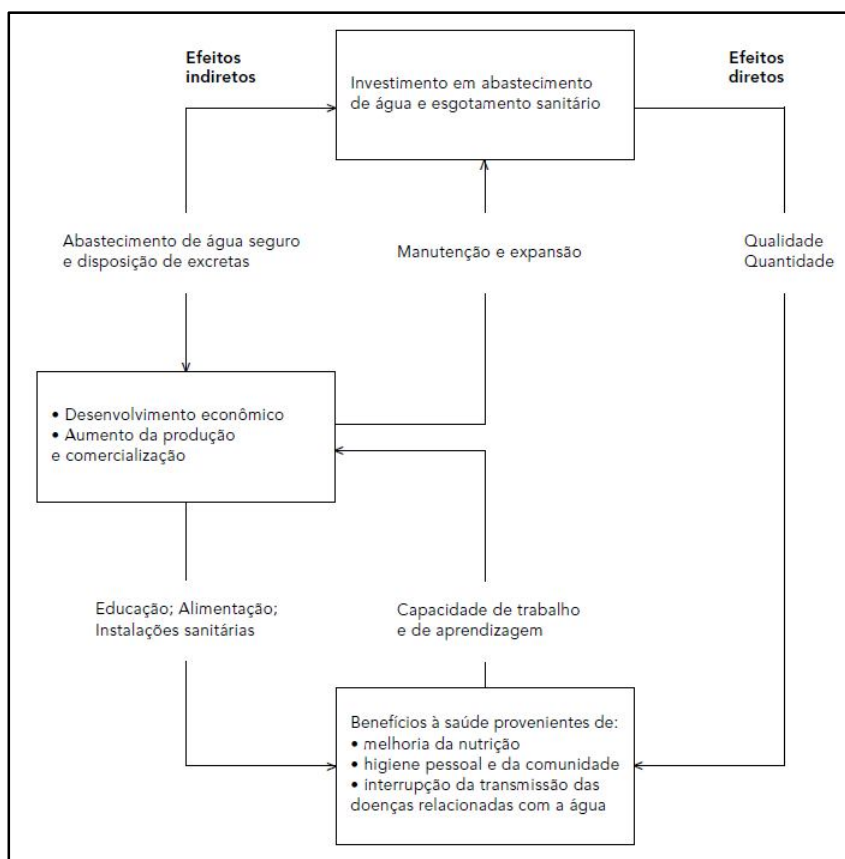
Heller (1997, p. 70) revisou acerca da relação entre saneamento e saúde, e concluiu que “os estudos realizados já permitem afirmar, com segurança, que intervenções em abastecimento de água e em esgotamento sanitário provocam impactos positivos em indicadores diversos de saúde”. Um estudo realizado pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (CPS/FGV) em 2007 no Brasil concluiu que morrem mais crianças de 1 a 6 anos quando elas não dispõem de rede de esgoto em suas residências (NERI, 2007). As melhorias do meio ambiente determinaram a redução das taxas de doenças diarreicas e no controle das epidemias de tifo e cólera na Europa e América do Norte entre 1860 e 1920 (HELLER, 1997). Estudos mostram que intervenções no saneamento diminuem a incidência e prevalência de doenças³.

Dados de um relatório do World Bank apresentado em 1993 afirmam que pequenas melhorias nas residências podem causar impactos positivos nos indicadores. À época, cerca de 30% do total de doenças nos países em desenvolvimento estavam relacionadas ao ambiente doméstico. Um quarto deste total poderia ser evitado, principalmente diarreia e infecções respiratórias, com pequenas melhorias nas residências em relação ao acondicionamento do lixo, fornecimento de água e esgoto. Com estas melhorias, poderia se obter 40% de redução em diarreias e vermes intestinais e 30% em tracomas e doenças comuns em áreas tropicais, como esquistossomose, tripanossomíase americana e filariose bancroftiana (WORLD BANK, 1993).

Entretanto, além dos efeitos diretos obtidos pela qualidade e quantidade de investimentos em água e esgotamento sanitário como a interrupção da transmissão de doenças e melhoria da nutrição das pessoas, efeitos indiretos significativos surgem, como o aumento da comercialização da produção e comercialização que são influenciados pela capacidade de trabalho e aprendizado. Este é um ciclo onde melhorias nos sistemas sanitários proporcionam melhorias na saúde das pessoas (FIGURA 01).

³Fewtrell (et al., 2005); Moraes (1997a; 1997b; 1997); Mascarini (et al., 2009); Teixeira, Pungirum (2005); Kronemberger; Júnior (2010); Kronemberger (2013); Rasella (2013).

Figura 01 – Esquema conceitual dos efeitos diretos e indiretos do abastecimento de água e do esgotamento sanitário sobre a saúde



Fonte: Cvejatanovic (apud SOARES; BERNARDO; NETTO, 2002, p. 1717).

Albuquerque (2012) afirma que ter saneamento é ter dignidade e cita o fato de milhões de mulheres gastarem horas do dia para buscar água, ficando assim impedida de participarem de atividades produtivas e de educação. Entretanto, com exceção das publicações ligadas à ONU, praticamente não se encontram textos que apresentem outros impactos do saneamento.

O poder público pode melhorar a saúde das pessoas através de ações com vistas ao saneamento. “O saneamento, [é] uma das armas da saúde pública [...] (DACACH, 1990, p.1)”. Segundo Mota (2005, p. 811) “as atividades de saneamento integram as ações de saúde pública, pois visam à saúde da população, no sentido mais amplo”. A lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, afirma que “a saúde é direito fundamental do ser humano e é dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, texto digital). Portanto, observa-se que o saneamento básico é importante, pois afeta de várias maneiras a vida das pessoas, privando-as de ter liberdades que são importantes para elas mesmas, como a liberdade de ter saúde.

4 Procedimentos metodológicos

Além da pesquisa bibliográfica, foi realizado um estudo de caso na Vila João Castelo, município de Imperatriz-MA, região nordeste do Brasil, com famílias que vivem em situação de vulnerabilidade socioambiental. O bairro foi escolhido por estar localizado na periferia da cidade e possuir precárias condições de infraestrutura, sobretudo sanitárias. Ao longo de sua existência, aproximadamente 20 anos, o poder público realizou algumas obras de infraestrutura, principalmente a limpeza do riacho que passa pelo bairro e instalação de tubulação para drenagem das águas da chuva, porém essas obras são consideradas paliativas, pois não resolveram o problema dos alagamentos e do esgoto à céu aberto.

O método de abordagem ao problema proposto neste estudo é odedutivo, pois a natureza do trabalho não permite generalizar seu resultado (GIL, 2002). Este método é limitado, pois o conteúdo das conclusões do estudo não pode exceder as premissas estabelecidas (GIL, 2002; CRUZ; RIBEIRO, 2004; CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Quanto ao tipo de pesquisa com base no objetivo geral proposto é um estudo exploratório (CRUZ; RIBEIRO, 2004; GIL, 2002). Classificando-a em relação aos procedimentos técnicos é um estudo de caso e pesquisa de campo. Esta pesquisa tem natureza qualitativa.

Os indivíduos foram escolhidos adotando-se o critério da intencionalidade. Utiliza-se este critério quando eles “se relacionam intencionalmente com as características estabelecidas” (BARROS; LEHFELD, 2008, p. 103). Foram escolhidas 11 famílias para a realização do estudo, sendo que uma pessoa foi entrevistada em cada uma delas. A técnica de entrevista foi escolhida por se tratar de uma pesquisa qualitativa, na qual o objetivo não contemplava a generalização dos resultados, mas compreender a realidade das famílias.

Optou-se por operacionalizar a entrevista estruturando um roteiro. Ele foi composto por 67 quesitos que deveriam ser contemplados durante a conversa. Este instrumento foi chamado de *check-list*. O *check-list* foi dividido em cinco partes. A primeira compreendeu a caracterização da família e foi composta de 20 perguntas divididas em quatro grupos: núcleo familiar, renda, atividade social e vida escolar das crianças. A segunda incluiu 19 perguntas relacionadas aos quatro componentes do saneamento básico. Na terceira, foram inseridas 09 questões sobre as condições de saúde dos moradores. 13 perguntas sobre os serviços públicos de saúde foram incluídas na quarta parte. Finalizando o instrumento, a quinta parte foi destinada a uma análise do saneamento, saúde e DH com 06 questões sobre os efeitos

provocados pela falta de saneamento na vida dos moradores. De modo transversal, foram analisados os impactos nos componentes do conceito ampliado de saúde brasileiro. As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2013 nas residências dos entrevistados durante o período diurno. Para coletar os dados utilizou-se um gravador de áudio.

Dado a natureza qualitativa da pesquisa decidiu-se por utilizar o método da Análise de Conteúdo na análise dos dados. Como a AC trata dos indivíduos e daquilo que eles têm razão para valorizar, este método proporciona capturar com mais profundidade o que o entrevistado expressa. Isso não seria possível com a aplicação de questionários por exemplo. Para preservar o anonimato dos entrevistados, neste texto eles serão identificados pela letra P (de participante) seguida do número da sequência da entrevista, assim, a primeira pessoa entrevistada será P1 e a última P11.

5 Resultados e Discussões

Na realização das entrevistas objetivou-se analisar as condições de saúde dos moradores à luz do conceito de saúde ampliado utilizado no Brasil. Para tal fim, foi aplicado um roteiro de perguntas que contemplava todos os componentes do conceito. Este grupo de moradores foi escolhido pois as casas estão localizadas em uma região alagada, próximas a um riacho que transborda em épocas de chuva e em ruas sem a presença de esgotamento sanitário. É comum o esgoto correr à céu aberto e as casas serem invadidas pela água quando o nível do riacho aumenta.

As doenças mais citadas pelos moradores foram febres, dores de cabeça, micoses e gripes. Essas doenças são tratadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende ao bairro e os casos mais graves são encaminhados para o hospital municipal. A Figura abaixo foi gerada a partir da frequência com que as palavras foram citadas pelos moradores.

Figura 02 – Nuvem de palavras condições de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores através da ferramenta www.wordle.net.

P2 citou que sempre fica com falta de ar e dor de cabeça, essa última também citada por P4 e P10. P4 também mencionou que as unhas dos seus pés estão corroídas. Ela acredita que é por causa do esgoto que corre em frente à sua casa e a prejudica porque ela varre e faz a limpeza do local diariamente. As micoses são mais frequentes nas crianças, embora P7 tenha dito que seu pai, de 47 anos, tem uma no pé. P2 tem uma neta que tem alergias e micoses, ela *“fica toda vermelha... tudo daqui, tudo daqui meu irmão!”*. P4 tem 51 anos e disse que o neto tem *“micose na cabeça [...] no couro cabeludo aí cai né? [se referindo ao seu cabelo]”*. P3 também relatou micose em dois netos, um no pé e outro na cabeça. P1 contou que sua filha teve um problema de queda de cabelo e a formação de um caroço na cabeça, ela não soube informar qual doença era, mas disse que foi um tipo de fungo proveniente das águas que correm na rua. Estas micoses geralmente aparecem em pessoas que tem contato com água ou solo contaminados por fungos e bactérias, essa é a situação das crianças da região. Elas brincam *“na lama”* (P11), *“dentro da lama, que nem porco!”* (P5), e *“banham dentro da lagoa”* (P10).

O caso mais grave entre os entrevistados foi o do filho de P1 que teve hepatite. P1 também informou que uma vizinha teve a mesma doença e P2 relatou que um vizinho seu morreu por causa do esgoto, mas não soube informar ao certo qual a doença, assim não se pode afirmar que a morte foi causada pela falta de saneamento.

Embora não tenha sido relatada a ocorrência da maioria das doenças relacionadas à falta de saneamento referenciada na bibliografia sobre o tema, não se pode afirmar que não existam, haja vista muitas delas precisarem de um diagnóstico médico para ser detectadas, o que não foi feito nesta pesquisa. A ocorrência das doenças e sintomas relatados permite

afirmar que este grupo é vulnerável às doenças mais graves, pois a condição social, caracterizada pela baixa renda, moradias inadequadas e baixa escolaridade, associada à condição ambiental nas quais vivem, oferece os meios para o contato com os agentes causadores.

Partindo então da concepção negativa de saúde (ausência de doença), seria possível afirmar que o grupo não tem tantos problemas de saúde, pois, dadas as circunstâncias ambientais nas quais ele se encontrava, os casos relatados foram relativamente poucos. Entretanto, como o conceito de saúde utilizado no país a partir da Conferência Nacional de Saúde vai além da presença/ausência de doenças, observa-se que os moradores têm sim muitos problemas de saúde. Pode-se afirmar que por causa das condições sanitárias do local, com exceção do acesso aos serviços de saúde, as famílias são diretamente afetadas em todos os componentes do conceito. O Quadro abaixo apresenta a relação entre os componentes e os problemas encontrados no grupo.

Quadro01 – Os componentes do conceito de saúde e os problemas encontrados no grupo

Componentes	Problemas encontrados no grupo pesquisado
Condições de alimentação	É comum a existência de insetos, principalmente mosquitos, nas casas, estes acabam contaminando os alimentos. As crianças que brincam nas ruas pegam nos alimentos com as mãos sujas.
Habitação	As casas são constantemente invadidas por água e esgoto. Os moradores relatam não terem prazer de morar em uma casa bonita por causa da sujeira que sempre é trazida pelas enchentes e que deixa marcas nas paredes. As casas precisam sempre passar por reformas/modificações.
Educação	As crianças faltam às aulas em épocas de chuva
Renda	As casas precisam de reformas constantes e móveis precisam ser trocados sempre que as casas são invadidas pela água e esgoto. (Os efeitos relatados no componente trabalho também afetam a renda)
Meio ambiente	O riacho é poluído. Há relatos de animais que vivem no riacho entrando nas casas. O ar do local é poluído. Existe poluição visual por causa dos resíduos sólidos jogados nas ruas e no riacho.
Trabalho	Os adultos têm dificuldades de se deslocar para o trabalho em épocas de chuva. Quem realiza alguma atividade produtiva em casa é afetado por causa do esgoto a céu aberto na rua e por causa dos alagamentos.
Transporte	A mobilidade dos moradores é prejudicada pelo esgoto a céu aberto e mais ainda na época chuvosa.
Emprego	(Os mesmos efeitos do componente trabalho)
Lazer	As crianças não podem brincar nas ruas.
Liberdade	Em um sentido mais amplo pode-se considerar que diversas liberdades são afetadas (ver seção 5.6)
Acesso e posse de terra	Os moradores não têm segurança na posse de suas propriedades,

	pois elas podem ser destruídas durante uma chuva forte.
Acesso a serviços de saúde	Existe uma Unidade Básica de Saúde no bairro e as famílias são visitadas com frequência por Agentes de Saúde.

Fonte: Dos autores a partir da pesquisa de campo.

Na visão do desenvolvimento como liberdade proposta por Sen (2010, 2012), a saúde tem papel fundamental porque tem o poder de criar, expandir ou privar as liberdades individuais e coletivas. Dados apresentados por Neri (2009) corroboram com esta perspectiva mostrando que, no caso brasileiro, 70% de falta nas escolas em todas as faixas etárias e 12% das faltas ao trabalho tem algum motivo de saúde. A saúde é importante na vida das pessoas, pois ela “funciona também como um canal condutor básico dos efeitos da falta de saneamento sobre outras dimensões da vida das pessoas como educação e geração de renda” (NERI, 2009, p. 74). Dados deste autor apontam que o percentual médio de faltas à escola e ao trabalho no Brasil é maior em locais sem saneamento (7,28%) do que em locais com saneamento (6,53%).

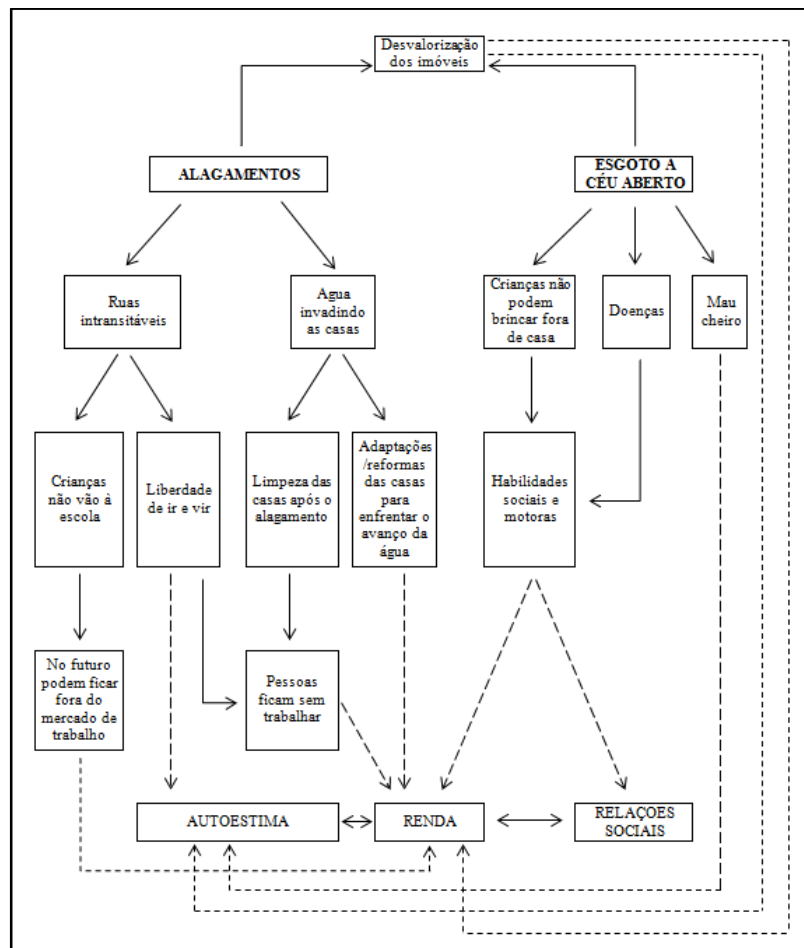
As evidências mostraram que as faltas às aulas e ao emprego não são muito frequentes no grupo pesquisado. O fato de existir um bom acompanhamento do agente de saúde favorece isso, uma vez que nas famílias com crianças todas as mães e/ou responsáveis informaram que recebem visita pelo menos uma vez por mês dele. Também se percebeu através dos relatos, principalmente das mães entrevistadas, que a educação das crianças do grupo é priorizada, dessa maneira eles se esforçam ao máximo para não faltar às aulas. Mesmo assim foi evidenciado que os adultos são prejudicados nos seus empregos e na realização das tarefas diárias de casa. Em seis, das onze famílias analisadas, algum membro da família já faltou ao trabalho por esse motivo. No caso das crianças, nas quatro famílias que têm crianças em idade escolar constatou-se que os filhos já faltaram à escola por causa de micoses, gripes, dengue e hepatite. É válido compreender que o fato de terem sido relatadas pelos moradores ocorrências de apenas três doenças (hepatite, dengue e micoses), das mais de cinquenta ligadas à falta de saneamento básico, não significa que eles estejam imunes às outras, pois como vivem em condições de vulnerabilidade socioambiental, habitando terrenos muito próximos ao riacho e com construções feitas em área alagada, são suscetíveis a elas.

Para Sen (2002) a saúde é uma das condições mais importantes da vida. Ele entende que as pessoas devem ter acesso ao saneamento para que não precisem passar toda a sua vida lutando contra a morbidez (SEN, 2010). Ter saúde é inerente à vida humana, por isso, como citado anteriormente, Nussbaum (2000) considera que ela é uma capacitação central, já que as pessoas devem ser capazes de ter boa saúde, ser adequadamente nutridas e ter adequados

abrigos para serem verdadeiramente humanas. No entanto, analisando os efeitos da falta de saneamento na saúde das pessoas do bairro, percebeu-se que mesmo tendo acesso aos serviços públicos da Unidade Básica de Saúde da região e recebendo a visita dos agentes de saúde, o esgoto a céu aberto e os alagamentos em épocas de chuva oferecem riscos constantes de contato com estas doenças.

Os efeitos estudados se relacionam. Por exemplo, P8 quer vender sua casa porque não quer mais passar por essas privações quando chove, como não consegue vender, tem sua autoestima afetada negativamente. A Figura 03 mostra a relação entre os efeitos identificados no grupo e três variáveis: renda, autoestima e relações sociais. Estas três variáveis também se relacionam entre si na medida em que a autoestima pode tanto provocar aumento como diminuição na renda, por exemplo, uma pessoa com baixa autoestima têm sua produtividade menor. O mesmo acontece com a renda que influencia e é influenciada pelas relações sociais, como o caso de P10, relatado anteriormente, que entende que por ser pobre não é ouvida pelo poder público quando tem alguma reclamação. Na Figura as linhas tracejadas representam o efeito direto e as contínuas os indiretos que cada efeito provoca nestas três variáveis.

Figura 03 – Inter-relações entre os diversos efeitos da falta de saneamento identificados no grupo pesquisado



Legenda: Linhas tracejadas representam o efeito direto, as contínuas os indiretos.
 Fonte: Dos autores a partir da pesquisa de campo.

Os alagamentos prejudicam a mobilidade, tanto de adultos como de crianças, isso afeta diretamente a autoestima delas. As crianças são prejudicadas porque não podem frequentar a escola em dias de alagamento, isso tem um efeito de longo prazo negativo, pois faltas às aulas leva a uma educação ruim, conseqüentemente, sem uma boa formação na fase adulta a pessoa pode ficar fora do mercado de trabalho (efeito na renda).

No caso dos adultos que trabalham, os alagamentos agem na renda na medida em que eles não podem trabalhar ou porque estão ocupados com a limpeza da casa após o alagamento ou porque não podem sair de casa com a água acima do nível. Outro efeito na renda surge quando eles precisam fazer reformas nas casas, como aumento do nível do piso, entre outros, para que a água não entre nas suas casas. Pessoas pobres têm dificuldades em construir e reformar as casas, às vezes uma simples reforma dura bastante tempo, como foi observado no grupo pesquisado. A desvalorização dos imóveis tem efeito direto na renda também, pois as casas perdem valor por ficarem em áreas de difícil acesso e alagarem com frequência.

Por fim, o esgoto a céu aberto priva as crianças. Elas não podem brincar nas ruas, ficando assim a maior parte do tempo isoladas em casa. Com isso podem ter o desenvolvimento de suas habilidades sociais e motoras afetadas. Sociais, pois deixam de ter contatos com outras crianças, e motoras, porque não brincam correndo ou pulando, atividades que são importantes para o desenvolvimento motor da criança.

Os entrevistados demonstraram ter algum conhecimento da relação saneamento e saúde, a afirmação de P3 confirma isso: *“sempre tem gente doente aí a respeito desse problema mesmo”*. A fala de P3 confirma a hipótese que a existência de doenças é mais comum em regiões sem saneamento básico ou com saneamento precário. Porém, o que se percebeu é que o conhecimento deles se restringe às doenças mais comuns como gripes, febres, micoses e outras doenças mais leves, assim não conhecendo a gravidade do problema, alguns pais e responsáveis acabam não se preocupando com os filhos e netos que brincam na rua e têm contato com água contaminada e esgoto. P7 demonstra a falta de preocupação com os perigos do contato das crianças com o esgoto que corre a céu aberto: *“Brinca aí de bola sem nenhum problema”*.

O relato de P12 também demonstra desconhecimento: *“Da última enchente que teve que eu tava grávida eu dei febre. Eu liguei pro médico do SAMU... ele disse que era por causa da água... Eu tinha ficado dentro da água... Podia ser virose da água”*. P1 evidenciou não saber se a grave doença que o filho teve tinha realmente ligação com o saneamento:

Graças a Deus eu não peguei essas doenças não... Doença mesmo é só gripe né, febre, e não sei se é por causa da água também. Ah! tem também o meu menino que teve aquela doença... Hepa... Hepatite né? Teve hepatite meu menino aí eu não sei se... Da água também pega né? A vizinha aqui já teve... adoeceu também a outra... Eu consultei ela, fez os exames e deu anemia né nela e deu um problema no cabelo dela, tava caindo tipo uma caspa, entendeu? Até ela falou lá o nome do caroço que tava dando nela... Passou o remédio e ela ficou boa... Ela disse lá o nome das coisas... Tipo um fungo que deu.

Conforme alguns entrevistados, as doenças crônicas também podem ser agravadas pela falta de esgotamento sanitário e enchentes. P2 disse: *“A dôtora falou pra mim: você com esse problema que você já tá, de coração, de asma... nessa, aí você vai morrer! Porque ela disse que esse ar que entra prejudica nois”*. P7 também acredita que os efeitos da asma do seu irmão aumentam com *“a frieza e o cheiro mal”*. Para eles o mau cheiro faz mal à saúde, e segundo P5, principalmente das crianças. Alguns moradores afirmaram que muitas das

doenças que surgem no bairro acontecem por causa do mau cheiro. Segundo os moradores o mau cheiro provoca dificuldades respiratórias, dores de cabeça, asma, entre outras.

Ficou evidente que todos os entrevistados pensam saúde apenas como a ausência ou presença de doença. Para eles os componentes do conceito ampliado de saúde não representam ligações direta com saúde. Durante a entrevista não foi perguntado diretamente a eles o que eles entendiam por saúde, porém de modo transversal isso foi sendo analisado a partir dos relatos. Este desconhecimento reflete em grande medida o as ações públicas de promoção de saúde, que neste bairro são feitas levando-se em consideração apenas o combate a doenças. Remédios para doentes crônicos são distribuídos gratuitamente todos os meses e consultas são realizadas no posto de saúde. Todas as famílias recebem visitas dos agentes com frequência, entretanto este faz apenas o acompanhamento das famílias buscando saber se estão “doentes” e se precisam de algum remédio ou tratamento.

Constatou-se também que as questões de saúde são tratadas apenas pela Secretaria de Saúde Municipal. Isso é um equívoco, tendo em vista que saúde é multidimensional e não pode ser tratada apenas por um setor da gestão pública municipal. As secretarias de trânsito, infraestrutura, educação, meio ambiente e outras não se envolvem nas ações de saúde do bairro.

6 Considerações finais

Na contemporaneidade os conceitos concretizam pelo modo de vida e pela comunicação sobre a vida. Isso também é válido para o tema tratado nesta pesquisa. O homem pela sua própria natureza é dinâmico, por isso a sociedade também é. Sempre surgem novos conceitos, isso resulta da *práxis* normal, pois é resultado da transformação contínua da sociedade. Ainda existe muita discussão em torno do conceito de saúde, tanto o adotado pela OMS como o do Ministério da Saúde Brasileiro, entretanto, a atenção à saúde na atualidade exige mudanças na maneira de pensar o mundo e na forma de executar as práticas de saúde. “Torna-se necessário o redimensionamento dos limites da ciência, ampliando a sua interação com outras formas de se apreender a realidade, e é preciso inovar na forma de se utilizar a racionalidade científica para explicar a realidade, e principalmente para agir” (BACKES et al 2009, p. 113).

Desde o final da década de 1970, o pensamento multidimensional de Amartya Sen foi se tornando referência para a análise do bem-estar das pessoas, culminando com a publicação do Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD em 1990, relatório que passou a ser publicado todos os anos, trazendo, entre outras coisas o Índice de Desenvolvimento Humano dos países. Este índice passou a analisar os países não apenas pelo tamanho do seu PIB, mas a partir da combinação de vários aspectos. Esta perspectiva tem influenciado muitas pesquisas e intervenções na área da saúde, pois na análise do desenvolvimento humano a saúde é um dos pontos observados.

Existe uma grande lacuna entre a teoria e a prática, pois a partir de uma estrutura de análise multidimensional aplicada nesta pesquisa, observou-se privações de liberdade em todos os componentes do conceito brasileiro (alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde), mesmo o bairro sendo servido por serviços públicos de saúde, como visitas de agentes, consultas médicas e remédios. Mesmo existindo uma definição bem completa, na prática não são consideradas as relações multidimensionais que a saúde tem na vida humana. Ficou claro que existem muitos problemas de saúde que não são considerados pelas autoridades públicas, pois as ações de saúde ainda são guiadas pelo conceito negativo de saúde, isto é, ausência ou presença de doença.

O conceito de saúde evoluiu muito no que diz respeito a adoção de uma visão ampla do tema, ou melhor, de não considerar apenas um aspecto, como a doença por exemplo, mas de entender que saúde é vida e vida é composta por múltiplas dimensões. Entretanto as práticas de saúde não evoluíram juntas. Ainda não se verifica nas ações de promoção de saúde do dia a dia uma visão de um ser humano completo, percebido como um ser que deve ter saúde em múltiplos aspectos de sua vida. Entender o desenvolvimento como um processo de ampliação das liberdades humanas e como algo que deve ser centrado nas pessoas tem sido um grande ganho para a humanidade, entretanto também tem sido um desafio torná-lo aplicável justamente pela sua primazia, a multidimensionalidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Catarina. **Derechos hacia el final**: buenas prácticas em la realización de los derechos al agua y al saneamiento. Lisboa: ONGAWA – Ingenieria Para el Desarrollo Humano, 2012.

ALKIRE, Sabina Why the Capability Approach?, **Journal of Human Development**, v. 6, n 1, p. 115-135, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034275>> Acesso em 09 nov. 2012.

ALVES, Humberto Prates da Fonseca. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana in **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 2006.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; SANTOS, Sílvia Maria de Azevedo dos. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. in Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.

BAGOLIN, Izete Pengo. **Da renda às capacitações**: analisando e avaliando o desenvolvimento humano. Porto Alegre: PPGE/UFRGS, 2005. (Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Economia da UFRGS).

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Sousa. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde in FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais).

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 ago 2013.

- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- CRUZ, Carla; RIBEIRO, Uirá. **Metodologia Científica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.
- CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4):701-709, out-dez, 1999.
- DACACH, Nelson Gandur. **Saneamento básico**. 3 ed. Rio de Janeiro: EDC, 1990.
- FEWTRELL Lorna; KAUFMANN Rachel B; KAY, David; ENANORIA Wayne; Haller Laurence; COLFORD JR., Jonh M. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. In **Lancet Infect Dis**. Vol 5: 42-52, Jan 2005. Disponível em: < [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(04\)01253-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(04)01253-8)>. Acesso em 02 ago 2013.
- GALVÃO JUNIOR Alceu Castro. Desafios para a universalização dos serviços de água e esgoto no Brasil. In **Rev Panam Salud Publica.**, 25(6): 548–556, 2009.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HELLER, Léo. **Saneamento e Saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 1997.
- KRONEMBERGER, Denise Maria Penna. **Análise dos Impactos na Saúde e no Sistema Único de Saúde Decorrentes de Agravos Relacionados a um Esgotamento Sanitário Inadequado dos 100 Maiores Municípios Brasileiros no Período 2008-2011**. Trata Brasil, 2013. Disponível em: < <http://www.tratabrasil.org.br/datafiles/uploads/drsai/Relatorio-Final-Trata-Brasil-Denise-Versao-FINAL.pdf>>. Acesso em: 02 ago 2013.
- MACANA, Esmeralda Correa. **Impactos potenciais da mudança climática no desenvolvimento humano: uma análise baseada na abordagem das capacitações**. Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação/Mestrado, 2008.
- MASCARINI, Luciene Maura; PRADO, Matildes S.; ALVIM, Sheila; STRINA, Agostino; BARRETO, Mauricio L.. Impacto de um Programa de Saneamento Ambiental na Prevalência e na Incidência das Parasitoses Intestinais na População de Idade Escolar de Salvador. In **Revista VeraCidade**. Ano IV, ° 4, Mar 2009.
- MORAES, Luiz Roberto Santos. Aspectos epidemiológicos relacionados aos resíduos sólidos domiciliares urbanos: um estudo de caso. In: **19º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental**. Foz do Iguaçu, set. 1997. Disponível em <:<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/abes97/epidemia.pdf>>. Acesso em: 02 ago 2013.
- _____. Avaliação do impacto sobre a saúde das ações de saneamento ambiental em áreas pauperizadas de Salvador – Projeto AISAM. In: Heller L, MORAES, Luiz Roberto Santos; Monteiro Teófilo Carlos N.; Salles Maria José; Almeida Liz Maria; Câncio Jacira (org.) **Saneamento e saúde em países em desenvolvimento**. Rio de Janeiro: CC&P Editores; 1997.
- _____. Efeitos da disposição dos excretas humanos/esgotos sanitários sobre as helmintoses intestinais. In: **19º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental**, set. 1997.

- MOTA, Francisco Suetônio Bastos. Conhecimento para promoção do saneamento, saúde e ambiente. in PHILIPPI JÚNIOR, Arlindo (editor). **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Barueri: Manole, 2005.
- NERI, Marcelo Côrtes (org). **Trata Brasil: Impactos sociais da falta de saneamento nas principais cidades brasileiras**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2009.
- NERI, Marcelo Côrtes (org). **Trata Brasil: saneamento e saúde**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2007.
- NUSSBAUM, M. **Woman and Human Development: the capabilities approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- NUVOLARI, Ariovaldo (org). **Esgoto sanitário: coleta, transporte e reúso agrícola**. 2 ed. São Paulo: Blucher, 2011.
- PRÜSS-ÜSTÜN, A.; CORVALÁN, C. **Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease**. Geneva: World Health Organization, 2006.
- RASELLA, Davide. Impacto do Programa Água para Todos (PAT) sobre a morbimortalidade por diarreia em crianças do Estado da Bahia, Brasil. In **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(1): 40-50, jan, 2013.
- SAIANI, Carlos César Santejo; TONETO JÚNIOR, Rudinei. Saneamento Básico no Brasil: Análise do Acesso Domiciliar a Abastecimento de Água e a Coleta de Esgoto. **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu/MG, 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde in **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. in **Rev. Saúde Pública**, 31 538 (5): 538-42, 1997.
- SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Pública.**, v.11, n. 5-6, p. 302-309. 2002.
- _____. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____. **Desigualdade reexaminada**. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- TEIXEIRA, Júlio César; PUNGIRUM, Marcelo Eustáquio Macedo de Castro. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. In **Rev Bras Epidemiol**, 2005; 8(4): 365-76.
- TORRES, Haroldo da Gama. **Desigualdade Ambiental na Cidade de São Paulo**. Tese de doutoramento. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UNICAMP. Campinas, 1997.

WHO – World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents.** WHO. Geneva: 1946. Disponível em:<
http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf> Acesso em: 11 jan. 2013.

WORLD BANK. **World Development Report 1993: investing in health.** The International Bank for Reconstruction and Development/Oxford University Press, 1993.