

REFLEXOS DA VULNERABILIDADE SOCIAL E CLIMÁTICA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA: O ÍNDICE DE EXCLUSÃO SOCIAL AMPLIADO

Eurídice S. Mamede de Andrade (PPE/COPPE/UFRJ) mamede@barralink.com.br
Gleide B.M. Lacerda (THECNNA ENGENHARIA LTDA) gleidelacerda@thecnna.com

Resumo

O presente trabalho focaliza algumas características das complexas concepções da pobreza a partir do debate das mudanças climáticas, equidade e saúde ambiental – fenômenos multifacetados, intimamente relacionados e de causas variadas, presentes atualmente nas agendas político-administrativas-societais, de instituições e de países. Busca subsidiar as articulações, a definição das vulnerabilidades e o planejamento de prioridades e estratégias das ações governamentais – políticas públicas sociais de saúde e de combate às desigualdades, através da construção do IESA – Índice de Exclusão Social Ampliado voltado à inclusão das populações totalmente vulneráveis da cidade do Rio de Janeiro, na tentativa de inserir a visibilidade social, principalmente aqueles que não gozam de saúde mental e ambiental. O estudo abrange a parcela da população que dorme nas ruas da metrópole, especialmente doentes mentais, sem tratamento de saúde adequado e sem abrigo, que já perdeu seus vínculos familiares e comunitários, motivando a inserção da doença mental como indicador social no índice ampliado.

Palavras-chave: Equidade; Saúde mental; Índice de Exclusão Social.

1. Introdução

Um dos principais problemas apontados em estudos sobre saúde pública tem sido o crescimento desordenado da população urbana dos países pobres, sem as mínimas condições de equilíbrio sócio-ambiental.

A maioria dos pobres, ou seja, 85%, vive nos países em desenvolvimento da África, Ásia e América Latina. A urbanização desses países vem acontecendo em um ritmo mais veloz do que em qualquer outra época da história e no início do século XXI, a maior parte dos pobres estará morando em áreas urbanas. (LEONARD, 1992)

Superar este desafio requer políticas públicas bem definidas, voltadas para o planejamento estratégico de longo prazo, livres das sazonalidades partidárias tão comuns nestas nações, especialmente na América Latina.

Saúde e desenvolvimento humano são dois lados indissociáveis da mesma moeda. Partindo do pressuposto que a elaboração de estratégias de desenvolvimento sustentável implica na elaboração de estratégias de combate à pobreza, então, combater as desigualdades implica também criar condições estruturais para sua superação.

A degradação ambiental e a exclusão social são aliadas; sabe-se que a justiça social e a equidade são temas centrais da sustentabilidade, portanto fica evidente a necessidade de

implementação de políticas públicas para propor o equacionamento dos graves problemas sociais e ambientais. As estratégias devem assegurar a distribuição equitativa dos gastos públicos, identificando e compensando as desigualdades existentes na atenção sócio-assistencial e de acesso aos serviços de saúde.

Segundo Silva et al (2002), as políticas sociais e de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória; seus processos de desenvolvimento são lentos e entrelaçados por uma diversidade de interesses e conseqüentes avanços e recuos. Resultam de interesses específicos e contraditórios, e alteram-se nos diferentes momentos históricos (FALEIROS, 1991 in SILVA et al, 2002).

2. Exclusão Social e Vulnerabilidade Climática

Parece inadiável a necessidade de mitigar os impactos negativos da condição de existir de uma significativa parcela da população que vive em pobreza extrema, chamada, por Castel de desfilados e invisíveis (Castel, 1997).

Invisíveis são aqueles que necessitam de proteção especial dos aparelhos do Estado para retorno à visibilidade social. Esta parece ser a situação de uma parcela da população das grandes metrópoles brasileiras, que parece não ter sido alcançada suficientemente pelas atuais políticas de saúde e de inclusão social: a população de rua. É um caso de extrema vulnerabilidade sócio-ambiental que precisa ser mitigado definitivamente, inclusive com a implementação de políticas que impeçam que outras camadas da população atinjam este constrangedor nível de risco.

Gallo, Martins e Peres (2005), certificam-se de que o grande número de famílias vivendo miseravelmente na periferia indica que o desenvolvimento das últimas décadas não foi suficientemente inclusivo ao ponto de gerar oportunidades de trabalho digno para os mais pobres da população. Criou-se, então, um imenso passivo social que pede a elaboração criativa de políticas de inclusão social, possibilitadas por arranjos institucionais que envolvam os poderes constituídos, o meio acadêmico, o setor privado e a comunidade.

A vulnerabilidade é algo inerente a uma população determinada, e variará de acordo com suas possibilidades culturais, sociais e econômicas. Segundo o IPCC (2001), aqueles que possuem menos recursos serão os que mais dificilmente se adaptarão e, portanto, são os mais vulneráveis. A capacidade de adaptação é dada pela “riqueza, tecnologia, educação, informação, habilidades, infraestrutura, acesso a recursos e capacidade de gestão.” (CONRADO, 2004)

Presume-se, que as populações do mundo subdesenvolvido, desprovidas da capacidade de adaptação às mudanças climáticas, especialmente as populações de rua que não tem nem abrigo, precisam de políticas de Estado para garantir sua segurança, mesmo que parcialmente. Portanto, as barreiras político-partidárias devem ser superadas para que uma política sócio-ambiental seja implantada, viabilizando o resgate das populações menos favorecidas.

Confalonieri (2007), confirma que as comunidades mais pobres podem ser especialmente vulneráveis por se concentrarem em áreas de alto risco, por terem menor capacidade adaptativa e por serem mais dependentes de recursos locais sensíveis ao clima (água, alimentos).

Os efeitos esperados incluem chuvas intensas, secas severas, frio e ondas de calor, só para citar alguns. Os desastres serão mais freqüentes, provocados por furacões, enchentes, etc, trazendo doenças e fome para as populações mais vulneráveis.

As doenças mentais e a depressão podem ocorrer em escala maior após desastres, por perdas de entes queridos, de propriedades e convulsões sociais. Por exemplo, após o Furacão Andrew, casos de stress pós-traumático foram relatados até dois anos depois do incidente (Norris et al., apud IPCC 2001 in CONRADO et al, 2004).

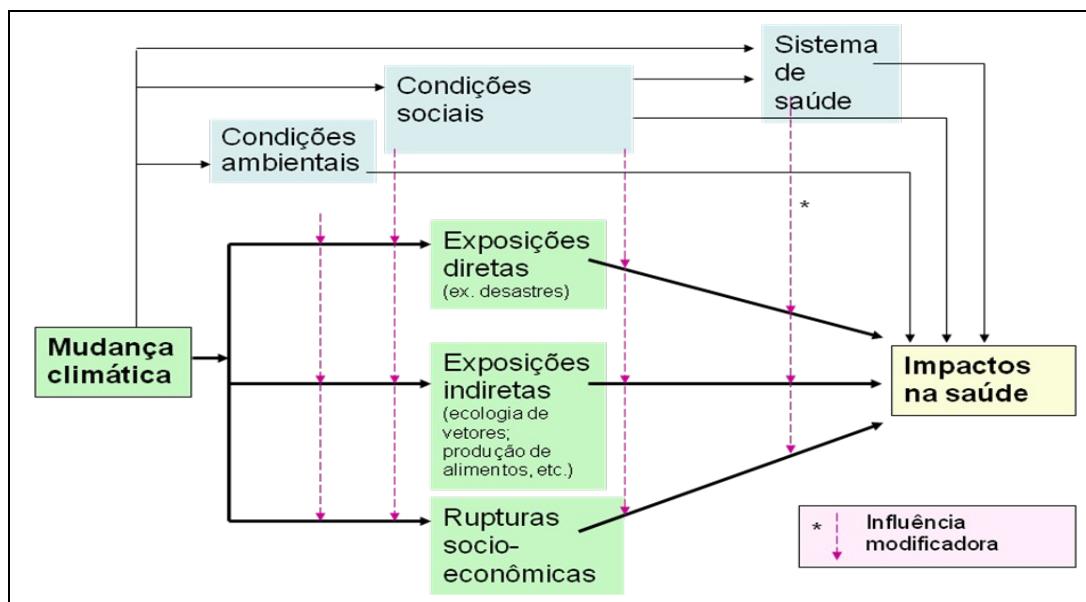


Figura n.1: Diagrama esquemático dos mecanismos através dos quais a mudança climática afeta a saúde. CONFALONIERI, 2007

A figura 1 evidencia as principais variáveis que exercem pressões sobre a saúde, decorrentes dos efeitos das mudanças climáticas, previstas para se agravarem nos próximos anos: exposições diretas, exposições indiretas e as rupturas sócio-econômicas, que sofrem influências favoráveis ou desfavoráveis das condições sociais e ambientais e do vigor do sistema de saúde local.

Segundo Conrado et al (2004), os efeitos sobre a saúde podem ser imediatos, de médio ou de longo prazo. As perdas imediatas podem incluir as propriedades e a vida. No médio prazo destacam-se as doenças de veiculação hídrica, as decorrentes de vetores e de contaminações. Já os efeitos a longo prazo incluem um aumento de suicídios, alcoolismo e desordens comportamentais e psicológicas, especialmente em crianças.

É neste cenário que se constata que os indicadores de qualidade de vida podem funcionar como equipamentos indiretos de promoção de equidade, possibilitando uma “discriminação positiva”. (LORANDI et al, 2004),

Este estudo propõe a criação de um Índice de Exclusão Social Ampliado – IESA, cujo objetivo é permitir a identificação dos grupos de risco à extrema vulnerabilidade e sua inclusão social através de ações públicas que visem alcançar esta população desprovida de saúde ambiental.

3. Indicadores de Vulnerabilidade Sócio-Ambientais

Existe um grande debate sobre vantagens e desvantagens dos indicadores de pobreza e respectivas abordagens: o Banco Mundial – que embora considere a pobreza um fenômeno

multifacetado – tende a utilizar o conceito de pobreza como insuficiência de renda monetária e considerar a renda diária de um a dois dólares como limite para a “linha de pobreza”; as Nações Unidas consideram pobreza como deficiência no atendimento de necessidades básicas e utilizam indicadores sintéticos, o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano (1990) e o IPH – Índice de Pobreza Humana (1997).

O IDH é focado no desenvolvimento dos diferentes grupos comunitários como um todo independentemente de serem ricos ou pobres, bem supridos ou carentes. O IPH é focado no *status quo* e no acompanhamento do progresso de parte da população com maiores privações no grupo social, ou seja, como os pobres e carentes vivem nessa comunidade. Entende-se que o IPH é um indicador mais adequado para a análise da pobreza que o IDH, e na elaboração de políticas de redução de pobreza, pode servir como um complemento às medidas de pobreza relacionadas à renda.

Para Amartya Anand & Sen (1999), o desenvolvimento pode ser visto sob as perspectivas:

1. Conglomerativa (universalista), e nesta perspectiva o indicador sintético é o IDH;
2. Da privação ou da carência (focalizada), e nesta perspectiva o indicado sintético é o IPH.

Dentre os trabalhos que privilegiam a construção de indicadores está o IES – Indicador síntese da Exclusão Social do Atlas da Exclusão Social do Brasil, realizado por Márcio Pochman e Ricardo Amorim (2002) que torna possível localizar geograficamente as regiões relativamente mais excluídas do país e identificar algumas de suas principais carências, desenhando com clareza a necessidade de ações prioritárias em diferentes regiões.

Aldaíza Sposatis (2000) utilizou indicadores intermediários, definiu uma linha clara para separar as pessoas excluídas das demais, tornando possível o cálculo do Índice de Exclusão Social, capaz de medir, a partir do afastamento em relação à linha de inclusão, qual o grau de exclusão em determinada região da cidade de São Paulo, permitindo uma clara idéia das urgências sociais locais e possibilitando o uso da ferramenta para implantação mais eficaz de políticas pertinentes.

A Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) da cidade do Rio de Janeiro, criou em 2004 o Sistema Municipal de Vigilância da Exclusão (SMVS) que tem como medidor final o IVVS – Índice de Vigilância da Vulnerabilidade Social, cuja finalidade é fornecer subsídios, através de indicadores sociais, para retratar a realidade social e com isso definir quais são as áreas de maior vulnerabilidade social.

4. Índice de Exclusão Social Ampliado

O município do Rio de Janeiro é um caso ilustrativo para se estabelecer uma base de pesquisa na relação entre mudanças climáticas, desenvolvimento sustentável, equidade, saúde mental e exclusão social, pois trata-se de uma cidade que, como outras metrópoles, atrai migrantes, assim como recebe em seus logradouros os vitimados da não-assistência psiquiátrica pública adequada: os doentes mentais e drogadictos.

Na conurbada gestão do seu cotidiano, a cidade do Rio enfrenta o desafio de estabelecer, gerir e aprimorar o processo de reestruturação orgânica de política pública de assistência social – iniciativa praticamente exclusiva e isolada dentre os municípios que compõe a região metropolitana do Rio. Além de gerir a sua própria e significativa parcela de pobres (e doentes

mentais), acolhe, sem condições de abrigar, também, os do interior do Estado, de outros Estados e até do exterior, que engrossam as fileiras das populações de rua.

A população de rua não é visível aos mecanismos públicos de proteção social, carecem de todos os meios necessários para viver: não tem documentos, domicílio ou meios para obtê-los. São os excluídos, no sentido mais completo da palavra. Eles não podem ser alcançados pela vigilância governamental pois são invisíveis aos seus monitoramentos.

As situações marginais se configuram como resultado de um duplo processo de desligamento: em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional. Castel (1997) distingue três níveis em cada um desses eixos. No primeiro deles tem-se: trabalho estável, trabalho precário, não trabalho, e no segundo: inserção relacional forte, fragilidade relacional, isolamento social. Agrupando estas gradações duas a duas obtêm-se três grandes zonas: a da integração, onde se associa trabalho estável e forte inserção relacional; a da vulnerabilidade, que envolve trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais e a zona de marginalidade, que Castel (1997) prefere denominar de zona de desfiliação, de modo a acentuar a amplitude do duplo processo de desligamento que representa a ausência de trabalho e o isolamento relacional. (ARAÚJO, 2001)

O eixo de proteção social básica da SMAS tem como objetivo prevenir situações de risco e destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social. São 48 equipamentos de atendimento da rede de proteção, pulverizados em toda a cidade, nos quais, em 2006, encontravam-se abrigadas 1.520 pessoas. O levantamento de população totalmente vulnerável, que dorme nas ruas da cidade, atingia o contingente de 1682 pessoas. (CENSO 2006, Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 06/11/2006)

Pesquisa complementar (ainda não publicada) indica que nos bairros não computados no CENSO 2006 existiam mais 400 pessoas, perfazendo um total de 2.082 vivendo na rua. Na pesquisa, foi possível identificar os motivos que contribuem para a chegada desta população às ruas da cidade: desemprego, conflitos familiares, dependência química, doença mental e rejeição dos idosos pela família.

A transição de uma situação econômica e social equilibrada, para uma situação de extrema vulnerabilidade não é feita em um único e catastrófico salto, como pode ser observado na figura n.2 a seguir. São percebidas fases intermediárias que antecedem a indigência e a zona de desfiliação, nas quais as ações preventivas e mitigadoras poderiam surtir efeitos mais rápidos e satisfatórios.

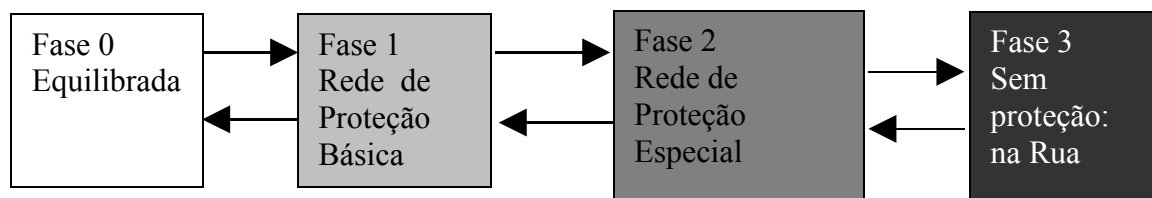


Figura n.2 – Dinâmica da porta de entrada na zona de desfiliação, elaboração própria

Os gestores das políticas públicas de assistência social precisam considerar em seus modelos de decisão as variáveis que indicam a aproximação do indivíduo da zona de desfiliação e implementar critérios de vigilância ou de monitoramento da dinâmica desta situação. Assim

seria possível intervir no processo de desfiliação enquanto ele acontece, evitando-se os níveis de complexidade mais elevados.

Pochmann e Amorim (2004) construíram o Índice de Exclusão Social (IES) a partir da observação de aspectos como padrão de vida digno, conhecimento e risco juvenil, aos quais atribuíram pesos relativos, correspondentes à importância de cada um na exclusão social.

Analisando-se os componentes do IES, pode-se concluir que a questão do padrão de vida digno poderia ter um peso ainda maior, visto que o emprego e a renda são fatores determinantes para a perigosa transição de uma situação de equilíbrio para as fases em que são requeridas ações de proteção social especial. Então, poderia ser possível sugerir algumas alterações para a construção de um Índice de Exclusão Social Ampliado – IESA, que considerasse os fatores de riscos das populações totalmente vulneráveis, como saúde, renda e relação familiar, como descrito na Tabela 1, a seguir.

O IESA almeja contribuir para o desenvolvimento de uma política pública sócio-assistencial e de saúde mais integrada e equitativa que, no caso da saúde mental, foi proposto já na década de 80 pela Reforma Psiquiátrica: a transformação da relação da sociedade brasileira com o doente mental e o fim da institucionalização do paciente, que excluía-o socialmente nos asilamentos ou hospitais psiquiátricos (Amarante, 1994).

Agravou-se o quadro de exclusão social, com a inexistência de uma política pública de saúde mental que transferisse aos municípios os recursos do SUS (Sistema Único de Saúde) e a responsabilização das ações locais de saúde mental.

Aspecto	Índices criados	Peso
Um padrão de vida digno	Medido pela pobreza dos chefes de família no município	8
	Medido pela taxa de emprego formal	12
	Medido por uma proxy da desigualdade de renda	8
Conhecimento	Medido pela taxa de alfabetização de pessoas acima de 5 anos	8
	Medido pelo número médio de anos de estudo do chefe de domicílio	8
Risco juvenil	Medido pela percentagem de jovens na população	8
	Medido pelo número de homicídios por 100 mil habitantes	8
Saúde	Medido pela existência de doentes mentais sem tratamento	10
	Medido pela existência de drogadictos sem tratamento	10
Relação familiar	Medido pela existência de idoso sem renda	10
	Medido pela existência de risco de desagregação familiar	10

Fonte: adaptado de POCHMANN & AMORIM, 2004, elaborado pelas autoras

Tabela 1 – Índice de Exclusão Social Ampliado – IESA

Os pesos dos índices indicam que uma importância maior foi atribuída à existência de emprego para a população vulnerável. A falta de emprego deveria ser o primeiro sinal de vigilância para que o poder público colocasse a assistência social a serviço do indivíduo, com opções de geração de renda, a tempo de evitar a migração da zona de proteção básica para a zona de especial.

Depois da falta de emprego, os principais fatores de risco estão relacionados com a saúde e o relacionamento familiar. A simples existência de indivíduos com problemas mentais e/ou de dependência química na família já pode concorrer para uma classificação de grave vulnerabilidade. Conflitos familiares com risco de desagregação e de rompimento dos laços

familiares, são também agravantes severos e podem contribuir rapidamente para que a vulnerabilidade seja máxima, total.

A assistência social deveria estabelecer parâmetros de monitoramento e de vigilância a partir da identificação e localização dos indivíduos antes da vulnerabilidade total. Para alcançar este objetivo seriam necessários investimentos em tecnologia para realizar o processo de registro e rastreamento e a partir deste ponto, promover a inserção através de tratamento específico, quer de saúde mental, quer de outra forma de inclusão social.

5. Conclusões

Na cidade do Rio de Janeiro, as ações de políticas públicas, deveriam estar firmemente voltadas aos compromissos das Metas do Milênio, principalmente com a meta número 1, de erradicação da pobreza e da fome, com a meta número 7, de garantir a sustentabilidade ambiental e com a meta número 8, de estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

É indispensável que seja promovida uma integração entre o SUS (Sistema Único de Saúde) e o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) para que a assistência médica seja garantida para aqueles que a assistência social municipal conseguir amparar em suas instalações. É necessário reverter os repasses do SUS, de recursos antes aplicados no sistema fechado de tratamento hospitalar psiquiátrico, para o sistema aberto de tratamento médico-assistencial.

A superação das desigualdades no sistema de serviços público de assistência social e de saúde dependerá de:

1. uma estrutura de serviço mais igualitária;
2. maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor;
3. melhor uso dos recursos já existentes;
4. organização da rede local de serviços de forma a garantir a universalidade do acesso, por meio de melhor e mais adequada distribuição espacial destes serviços;
5. adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos de sujeitos vulneráveis.

Deve-se implementar esforços para a harmonização entre os objetivos de desenvolvimento social e econômico. Com sustentabilidade, compartilhamento e integração, poderá haver fortalecimento dos princípios sócio-ambientais.

A conjuntura econômica vigente dificulta a inclusão na sociedade capitalista neoliberal, desaquece as políticas sociais e de saúde em curso e protela as mudanças necessárias, agravando cada vez mais a exclusão social de doentes mentais e dos pobres na faixa de vulnerabilidade.

Bibliografia

- AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- BASÁGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- CONFALONIERI, Ulisses E. C. *Mudança Climática Global e Saúde*. 50ª Reunião Extraordinária do CONAMA, 30 de maio, 2007.
- CONRADO, Daniel. MUNHOZ, Déborah Eliane Andrade. SANTOS, Magna Cunha dos. MELLO, Reynaldo França Lins de. SILVA, Valmira Braga e. *Vulnerabilidades às mudanças climática, 2004*. in http://www.iieb.org.br/arquivos/artigo_vulnerabilidades.pdf, em 22/06/2007.

- FALEIROS, F. organizador. *Os sentidos da democracia*. Política do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; 1999.
- GALLO, Zildo. MARTINS, Lilia A. de Toledo Piza. PERES, Maria Thereza Miguel. *Pobreza, meio ambiente e economia solidária: o caso de Piracicaba*. Revista FAE, Curitiba, v.8, n.1, p.39-50, jan./jun. 2005
- LEONARD, H. J. *Meio ambiente e pobreza: estratégias de desenvolvimento para uma agenda comum*. In: LEONARD, H. J. (Org.). *Meio ambiente e pobreza: estratégias de desenvolvimento para uma agenda comum*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LORANDI, P.A. Fernandes, D. M.; Gomes, J.C.; Ferreira, M.C.; Brandão, M.V.M. *Análise da Equidade no acesso aos serviços de saúde através do índice de exclusão e inclusão social*. Monografia apresentada na Universidade Católica de Santos; 2004.
- PRETECEILLE, E., RIBEIRO, L.C. de Q. *Tendências da segregação social em metrópoles globais e desiguais: Paris e Rio de Janeiro nos anos 80*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, V,14, n.40, p.143-162, ANPOCS, jun. 1999.
- PORTO, Silva. *Equidad y distribución geográfica de recursos financieros em los sistemas de salud*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 18 (4) 939-957, jul-ag., 2002.
- SILVA, ATMS; Barros S., Oliveira, MAF. *Políticas de Saúde e de Saúde Mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto*. Revista da Escola de Enfermagem da USP; 2002
- TRAVASSOS, Cláudia. *Equidade e o Sistema de Saúde: uma contribuição ao debate*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, abril-jun, 1997