

## TURISMO, MEIO AMBIENTE E A SAÚDE SOCIAL DO BRASIL

*Hildemar Silva Brasil<sup>1</sup>*

*Melissa Nechio<sup>2</sup>*

**Resumo:** A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. Esta promoção inclui elementos de diversas fases e origens da evolução do conceito de saúde e sociedade incluindo valores como qualidade de vida, meio ambiente, trabalho, desenvolvimento econômico e estilo de vida. A carta de Ottawa (1986), decorrente da 1ª Conferência Internacional de Saúde, sugere que para atingir completo bem estar deve-se modificar favoravelmente o meio ambiente e considera ainda que a mudança dos estilos de vida, trabalho e lazer têm um significativo impacto sobre a saúde. As iniciativas para tanto devem partir de vários setores e, de acordo com a declaração de Jacarta (1997), relações sociais, renda e uso sustentável de recursos são pré-requisitos para a saúde. Partindo da premissa de que o turismo, como promotor de relações sociais, gera trabalho, renda e desenvolvimento econômico por meio da modificação favorável do meio ambiente e do uso sustentável dos recursos (naturais ou não), pretende-se estabelecer uma correlação entre o turismo, meio ambiente e a promoção da saúde. A metodologia utilizada estabeleceu uma correlação entre os índices de desenvolvimento humano e os fluxos turísticos nos principais destinos brasileiros demonstrando a convergência entre a promoção de saúde pública, na esfera ambiental, social, econômica e política e o desenvolvimento da atividade turística naquelas localidades.

**Palavra-chave:** Promoção da Saúde, Turismo, Meio Ambiente.

### 1. INTRODUÇÃO

Ao iniciar o século XXI, o homem pós-moderno busca a melhoria de sua qualidade de vida em todos os aspectos que permeiam sua existência. Os paradigmas desse novo desafio estão centrados na sustentabilidade dos recursos naturais, culturais e sócio-econômicos disponíveis para esta sociedade na promoção da saúde global.

---

<sup>1</sup> Professor, Coordenador do Curso de Turismo da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, BR.

<sup>2</sup> Mestranda em Saúde Pública pelo Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP, BR.  
Instituto Adolfo Lutz – SP, BR

A promoção da saúde não se constitui em algo absolutamente novo, pois reúne elementos de diversas fases e origens do conceito de saúde e sociedade. Desde a Antigüidade, encontramos exemplos de controle e normatização sobre questões relacionadas ao direito, saúde, meio ambiente, entre outros.

Em 1986, durante a 1ª Conferência Internacional de Saúde, em Ottawa, Canadá, conceituou-se promoção de Saúde “como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação neste processo” e acrescenta que “para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. Cita ainda que “trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas.” (Ministério da Saúde, 1996)

A legislação brasileira, por meio da Lei 8.080/90, considera como fatores determinantes da saúde o meio ambiente, o trabalho, a renda e o lazer, entre outros, onde os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Brasil, 1990)

Nos últimos anos, o conceito de turismo sustentável tem sido alvo de atenções dos estudiosos da área. Segundo John Swarbrooke, este conceito, não está relacionado apenas à proteção do meio ambiente, mas está ligado à viabilidade econômica em longo prazo e à justiça social. O turismo sustentável, como promotor de relações sociais, gera trabalho, renda e desenvolvimento econômico por meio da modificação favorável do meio ambiente e do uso sustentável dos recursos, sejam eles naturais ou não. (Swarbrooke, 2000)

A proposta contida neste artigo tenta estabelecer de forma inicial, uma relação entre a atividade turística e seus impactos sobre a promoção da saúde pública nos pólos emissivos e receptivos existentes no Brasil.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho foi analisar a existência da correlação entre o turismo, meio ambiente e a promoção da saúde nos principais pólos emissivos e receptivos do turismo no Brasil. Procuramos também demonstrar que o novo conceito de promoção da saúde nestes pólos constitui-se numa premissa básica para consolidação desta atividade.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho utilizou como método de pesquisa a coleta de informações secundárias referentes aos anuários publicados pela EMBRATUR (Empresa Brasileira de Turismo), FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Ministério da Saúde, IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas) e FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

As informações obtidas foram submetidas a um tratamento estatístico conhecido como o *coeficiente de correlação de Pearson*, que objetiva mensurar o grau de associação explicativa entre duas variáveis interdependentes.

*Fórmula utilizada:* (Mills, R., 1977)

$$r = \frac{\sum [(Y_i - \bar{Y})(X_i - \bar{X})]}{s_y s_x (n - 1)}, \text{ onde:}$$

$X_i$  = variável explicativa  
 $Y_i$  = variável explicada  
 $r$  = coeficiente de correlação amostral  
 $n$  = tamanho da amostra  
 $s_x$  = desvio padrão amostral da variável  $X_i$   
 $s_y$  = desvio padrão amostral da variável  $Y_i$

Os espaços geográficos escolhidos para evidência empírica basearam-se na composição percentual regional dos principais fluxos turísticos brasileiros considerando o estudo realizado pela FIPE em parceria com a EMBRATUR para os anos de 1998 e 2002 e representavam 76% e 85,4% do total desta atividade respectivamente. (Fipe 1998 e 2002).

**TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS DESTINOS TURÍSTICOS AMOSTRADOS EM PORCENTAGEM (%) NOS ANOS DE 1998 E 2002.**

REGIÃO	ESTADO	1998 (%)	2002 (%)
SUL	PR	7,0	6,9
	RS	4,1	5,9
	SC	5,1	5,6
SUDESTE	SP	18,7	22,9
	RJ	8,2	9,4
	MG	6,9	8,7
CENTRO-OESTE	GO	2,8	3,0
	DF	1,4	1,5
	MT	1,3	1,0
NORDESTE	BA	6,9	8,9
	PE	4,8	3,6
	CE	7,3	5,9
NORTE	PA	4,9	1,6
	AM	1,3	0,4
	AP	0,3	0,1

<b>TOTAL</b>	-	<b>76,0</b>	<b>85,4</b>
--------------	---	-------------	-------------

*Fonte: FIFE/EMBRATUR, 1998-2002.*

### **3.1. Definição das variáveis**

A escolha das variáveis para efetivação das hipóteses levantadas baseou-se nas estimativas representadas pelos Índices de emissão de turismo e os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) composto por Índices de saúde, educação e renda. (PNUD, 2000), dos principais destinos segundo a tabela 1.

Algumas limitações devem ser consideradas no que tange ao IDH e seus componentes como representativos do nível de qualidade de vida de uma determinada população. O primeiro componente (saúde) representado pela longevidade, ou esperança de vida ao nascer, pouco reflete a atual situação da saúde pública no Brasil, enquanto o segundo (educação), mascara a qualidade da educação ministrada no país, pois considera apenas o número de pessoas em idade escolar matriculado nas escolas. No que concerne ao componente renda (per capita), é sabido de sua incoerência enquanto indicador da distribuição da renda anual obtida por um país.

Apesar disto, a aceitação internacional de tais indicadores permite aos pesquisadores utilizar este instrumento estatístico como balizador de suas pesquisas e propostas de programas associados ao campo da saúde pública, o que nos faz adotar neste estudo preliminar os números publicados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento / ONU. (PNUD, 2000)

Sabemos que o simples crescimento econômico de uma região não garante um desenvolvimento humano justo, pois este apenas se dará em função da criação de facilidades ao atendimento do homem enquanto cidadão, e, portanto, a garantia de seus direitos básicos à saúde, educação, moradia, alimentação adequada e justiça.

### **3.2. Tratamento de dados e resultados**

Os dados coletados referem-se ao ano de 2000, tendo em vista os seguintes aspectos:

- Mudança metodológica ocorrida no cálculo do IDH a partir de 1999, impossibilitando comparações intertemporais. (PNUD, 2000)
- No ano 2000 trabalhou-se com dados censitários proporcionando maior fidedignidade e consistência aos resultados obtidos.

O índice que representou o fluxo turístico foi obtido pela razão entre o total de visitantes a uma determinada localidade (UF) e sua população residente.

**TABELA 2. ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E TURÍSTICO NAS PRINCIPAIS CAPITAIS RECEPTORAS/ EMISSORAS NO BRASIL, NO ANO 2000.**

MUNICÍPIO	IDH-M	IDH-REND A	IDH-SAÚDE	IDH-EDUCAÇÃO	ÍND. TURÍSTICO
Salvador	0,8050	0,7460	0,7440	0,9240	0,2793
Fortaleza	0,7860	0,7290	0,7440	0,8840	0,3257
Goiânia	0,8320	0,8130	0,7510	0,9330	0,2460
Belo Horizonte	0,8390	0,8280	0,7590	0,9290	0,1996
Cuiabá	0,8210	0,7900	0,7340	0,9380	0,1640
Belém	0,8060	0,7320	0,7580	0,9280	0,1066
Recife	0,7970	0,7700	0,7270	0,8940	0,1869
Curitiba	0,8560	0,8460	0,7760	0,9460	0,2960
Rio de Janeiro	0,8420	0,8400	0,7540	0,9330	0,2675
Porto Alegre	0,8650	0,8690	0,7750	0,9510	0,2375
Florianópolis	0,8750	0,8670	0,7970	0,9600	0,4291
São Paulo	0,8410	0,8430	0,7610	0,9190	0,2538
Brasília	0,8440	0,8420	0,7560	0,9350	0,3024
Manaus	0,7740	0,7030	0,7110	0,9090	0,0605
Macapá	0,7720	0,6970	0,7150	0,9040	0,0833
<b>MÉDIA</b>	<b>0,8237</b>	<b>0,7943</b>	<b>0,7508</b>	<b>0,9258</b>	<b>0,2292</b>

*Fonte: EMBRATUR/IEPA/PNUD/IBGE – 2000.*

Estes resultados serviram para a construção de um número índice de base fixa em relação à média de cada variável apresentada. Este procedimento auxiliou aos pesquisadores na padronização tendo em vista sua comparação estatística proposta.

**TABELA 3. NÚMERO ÍNDICE REFERENTE AO IDH E ÍNDICE TURÍSTICO EM RELAÇÃO A MÉDIA DAS CAPITAIS ANALISADAS.**

MUNICÍPIO	IDH-M	IDH-REND A	IDH-SAÚDE	IDH-EDUCAÇÃO	ÍND. TURÍSTICO
Salvador	97,73	93,92	99,09	99,81	<b>121,83</b>
Fortaleza	95,43	91,78	99,09	95,48	<b>142,09</b>
Goiânia	<b>101,01</b>	<b>102,35</b>	<b>100,03</b>	<b>100,78</b>	<b>107,32</b>

Belo Horizonte	<b>101,86</b>	<b>104,24</b>	<b>101,09</b>	<b>100,35</b>	<b>87,06</b>
Cuiabá	<i>99,68</i>	<i>99,45</i>	<i>97,76</i>	<b>101,32</b>	<i>71,55</i>
Belém	<i>97,86</i>	<i>92,15</i>	<b>100,96</b>	<b>100,24</b>	<i>46,52</i>
Recife	<i>96,76</i>	<i>96,94</i>	<i>96,83</i>	<i>96,57</i>	<i>81,52</i>
Curitiba	<b>103,93</b>	<b>106,50</b>	<b>103,36</b>	<b>102,18</b>	<b>129,14</b>
Rio de Janeiro	<b>102,23</b>	<b>105,75</b>	<b>100,43</b>	<b>100,78</b>	<b>116,72</b>
Porto Alegre	<b>105,02</b>	<b>109,40</b>	<b>103,22</b>	<b>102,72</b>	<b>103,61</b>
Florianópolis	<b>106,23</b>	<b>109,15</b>	<b>106,15</b>	<b>103,69</b>	<b>187,20</b>
São Paulo	<b>102,10</b>	<b>106,13</b>	<b>101,36</b>	<i>99,27</i>	<b>110,74</b>
Brasília	<b>102,47</b>	<b>106,00</b>	<b>100,69</b>	<b>100,99</b>	<b>131,94</b>
Manaus	<i>93,97</i>	<i>88,50</i>	<i>94,70</i>	<i>98,19</i>	<i>26,39</i>
Macapá	<i>93,73</i>	<i>87,75</i>	<i>95,23</i>	<i>97,65</i>	<i>36,36</i>

*Fonte: Cálculo dos autores.*

Os números indicados em **negrito** indicam as capitais que apresentaram número-índice acima da média nacional, significando uma melhor performance dos indicadores propostos, enquanto os números indicados em *itálico*, indicam as capitais que apresentaram número-índice abaixo da média nacional. A matriz acima foi utilizada para o cálculo dos coeficientes de correlação desejados.

**TABELA 4. COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON.**

ÍNDICES	ÍND. TURÍSTICO
<b>IDH – M</b>	0,6695
<b>IDH – RENDA</b>	0,6536
<b>IDH – SAÚDE</b>	0,7497
<b>IDH – EDUCAÇÃO</b>	0,3943

*Fonte: Cálculo dos autores.*

A tabela 4 mostra os coeficientes encontrados indicando uma forte associação entre a Saúde Pública e o Turismo. Ressalta-se o IDH – Saúde como um índice expressivo (74,97%), reforçando a importância de um ambiente saudável, refletindo um cenário favorável nos aspectos ambientais, econômicos, e sócio-culturais.

O coeficiente encontrado para a variável renda (65,36%), também demonstra a relevância dos aspectos econômicos tanto para a saúde da comunidade receptora, como para a recepção dos fluxos turísticos uma vez que esta interfere na qualidade de vida dos residentes e assegura um intercâmbio saudável entre estas comunidades.

No que tange ao processo educativo, chamamos a atenção para o baixo coeficiente educacional encontrado (39,43%). Apesar do IDH - Educação apresentar-se como um bom índice isoladamente, a correlação com a atividade turística demonstrou pouca importância relativa às demais variáveis (saúde e renda), porém o sinal do coeficiente, que é positivo, configura uma sutil correlação direta entre o turismo e o nível educacional da população residente.

#### **4. CONCLUSÕES**

O presente trabalho teve como objetivo central iniciar uma discussão sobre a importância do desenvolvimento das atividades turísticas nos principais destinos receptivos e emissores brasileiros como promotor da qualidade de vida.

Tal preocupação parte da premissa de que não existe turismo sem um ambiente saudável com respeito ao homem, ao seu meio e sua cultura. Enfim, as localidades devem apresentar fatores estimuladores da atividade turística e esta, por sua vez, deve gerar condições favoráveis para uma melhor qualidade de vida local.

A proposta de evidência empírica teve restrições no que tange a eleição de variáveis consistentes, nos levando a optar por uma análise em cross-section centrada no ano de 2000, tendo em vista a consistência obtida através de informações censitárias.

A forte correlação entre a Saúde, a Renda e o Turismo ficaram evidenciados pelos valores obtidos para os coeficientes de Pearson, demonstrando que estes estão intimamente ligados.

Verificamos que um ambiente turístico favorável requer boa saúde da população local, do meio ambiente e dos demais aspectos sócio-econômicos, trazendo condições para o desenvolvimento humano da localidade, e, fortalecendo assim, um ciclo sustentável capaz de promover de forma permanente uma melhoria na qualidade de vida dos residentes.

Os estudos sobre os impactos sociais, ambientais e econômicos do turismo devem considerar o conceito de promoção da saúde para a espécie humana como fator determinante da sustentabilidade proposta por aqueles que tanto buscam nesta atividade uma saída para o desenvolvimento harmônico de nossa aldeia global.

## **BIBLIOGRAFIA**

Brasil. Lei nº 8.080/90 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055.

Fipe. **Caracterização e dimensionamento do turismo doméstico no Brasil**. São Paulo: Fipe, 2002.

Fipe. **Estudo, caracterização, dimensionamento do mercado doméstico de turismo no Brasil**. São Paulo: Fipe, 1998.

Lamounier, B. e Figueiredo, R. **A era FHC, um balanço**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

Mills. R. **Statistics for applied economics and business**. McGraw-Hill/Irwin, 1977.

Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2000**. [online] Disponível em <<http://hdr.undp.org/reports/global/2000/en/>>.[2004 mar 25]

Swarbrooke, J. **Turismo Sustentável**. Conceitos e Impacto Ambiental. Vol.1. São Paulo: Aleph, 2000.

## 5. CURRICULUM VITAE DOS AUTORES

**6.1. HILDEMAR SILVA BRASIL** - economista, pós-graduado em economia pela Universidade Federal do Ceará, mestre em Turismo pela Universidade de São Paulo, Doutorando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, professor do curso de turismo da Universidade de São Paulo, representante da Universidade de São Paulo na ALCUTH, pesquisador do Instituto de Estudos do Lazer, da Hospitalidade e do Turismo – IEHLATUR, é atualmente o coordenador do curso de turismo da Universidade de São Paulo.

E-mail – hsbras@usp.br

**6.2. MELISSA NECHIO** - mestranda do Instituto Adolfo Lutz em São Paulo, mestranda deste Instituto, pesquisadora do Instituto de Estudos do Lazer, da Hospitalidade e do Turismo – IEHLATUR.