

PARA DEFENDER O **SUS E SUA INTEGRALIDADE:** DESAFIOS PARA A VIGILÂNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

POR MARCELO FIRPO, JANDIRA MACIEL, LETÍCIA COELHO E FERNANDO CARNEIRO*



REVENDO A INTEGRALIDADE DO SUS: OS LIMITES DOS MODELOS ASSISTENCIAL E SANITARISTA

Este texto pretende discutir a importância estratégica da Vigilância e da Promoção da Saúde na política de saúde e como ação do Estado. Espera-se contribuir para o debate crítico da vigilância e da promoção da saúde na compreensão e defesa do SUS, no momento que antecede a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS), que possui como tema 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro'.

O documento orientador da 15ª CNS disponibilizado pelo Conselho Nacional de Saúde reafirma um conceito amplo de saúde pública com questões caras ao movimento pela Reforma Sanitária e à Saúde Coletiva: o direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização das políticas de atenção à saúde; a qualidade e transformação das práticas de saúde, visando à superação das desigualdades entre diferentes populações e regiões, assim como o combate ao racismo, ao sexismo e à intolerância; a humanização nos serviços de saúde de modo a atender as necessi-

dades dos usuários e ampliar o acesso; a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; enfim, a saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação.

Diversos desafios colocados para a 15ª CNS continuam a reproduzir, em conjuntura distinta, os mesmos colocados pela Saúde Coletiva há mais de 30 anos em sua luta pelo SUS, contra as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

Desde então, as conjunturas políticas nunca foram plenamente favoráveis para avançar, de forma consistente, nas propostas de construir uma sociedade mais saudável, justa e democrática, ou seja, sem exploração dos trabalhadores e das trabalhadoras do campo e das cidades; que avance na reforma agrária e na agricultura familiar camponesa e agroecológica; que respeite os direitos das populações indígenas, quilombolas e de outros povos tradicionais; que não destrua nem mercantilize a natureza, a vida e os bens comuns; que garanta o direito ao trabalho digno e saudável, à educação, à moradia, ao saneamento básico, à alimentação saudável, à água e ao ar puro e sem poluição, à diversidade cultural, à liberdade, à capacidade de organização e de luta pelos direitos básicos.

Saúde é tudo isso, pois sem tais direitos e exercício de cidadania continuaremos fadados a ver os postos de saúde e hospitais repletos de pacientes, com uma assistência ineficaz e sem fim, em uma sociedade desigual e injusta que condena à doença e à morte trabalhadores e populações vulnerabilizadas das cidades, campos, florestas e águas.

Neste momento de agravamento da crise social, econômica e institucional, acreditamos ser estratégico ir além da defesa do SUS em sua dimensão assistencial e de crise financeira. Precisamos mais que nunca resgatar os princípios da saúde coletiva e do SUS, em especial o entendimento da determinação social do processo saúde-doença, da integralidade na atenção e a participação dos movimentos sociais e sindicais.

É necessário reafirmar que o papel do setor saúde precisa ser mais amplo que diagnosticar e tratar as doenças: trata-se de reconhecer e enfrentar as condições que levam as pessoas e trabalhadores/as a ficarem doentes e morrerem por causas injustas e evitáveis, moralmente inaceitáveis. Isso significa avançar no reconhecimento e na promoção das condições que levam uma sociedade e suas populações a se tornarem mais saudáveis, felizes e dignas, portadores de direitos e cidadãos plenos.

A REDUÇÃO DA MISÉRIA, DO DESEMPREGO E O AUMENTO DA MASSA SALARIAL DOS TRABALHADORES NÃO FORAM ACOMPANHADOS DE UM PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO COLETIVA, CONSCIENTIZAÇÃO POLÍTICA E ENGAJAMENTO NAS LUTAS EMANCIPATÓRIAS DE NOSSO TEMPO

Portanto, defender a saúde coletiva e o SUS implica em resgatar o papel estratégico da vigilância e promoção da saúde, em seu sentido emancipatório, de luta por direitos e contra as desigualdades sociais. Esse é um sentido importante de integralidade na defesa do SUS.

O conceito de integralidade não pode ser restrito à integralidade da assistência enquanto cuidado médico, individual, curativo. Essa é uma dimensão fundamental, mas insuficiente. Seu enfoque restrito reforça a reprodução do modelo médico assistencial privatista que, apesar de todos os avanços do SUS, continua tendo um papel hegemônico. Tal modelo centra-se na demanda espontânea ou induzida pela oferta de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente pela rede contratada e conveniada com o SUS, assim como os planos privados de saúde que possuem parte de seus lucros subsidiados pelo Estado e pela sociedade como um todo. A ideologia assistencialista curativa reforça a saúde não como direito ou como decorrente de um complexo processo de determinação social ou socioambiental, mas sim como lógica de mercado. A saúde é definida como consumo a recursos tecnológicos em escalas progressivas de acesso em função do “poder de compra” dos usuários, restando ao conjunto dos pobres ou mais vulneráveis uma assistência de menor qualidade (Luchese, 2013).

Portanto defender o SUS de qualidade é lutar contra a mercantilização da saúde, expresso na palavra de ordem do CEBES para a 15ª CNS: SAÚDE NÃO É NEGÓCIO NEM MERCADORIA, É DIREITO DE CIDADANIA! (CEBES, 2015)

Seguindo o debate colocado desde os anos 1990 sobre modelos assistenciais e vigilância da saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998), o conceito de integralidade do modelo sanitário clássico também não é suficiente. Ainda que ampliado para enfrentar necessidades e problemas de saúde específicos de certos grupos por meio de ações de caráter coletivo (campanhas sanitárias, programas especiais, ações clássicas de vigilância epidemiológica e sanitária), esse modelo possui graves limitações para atender as demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade. Seu caráter burocrático, policaresco e voltado para regular conflitos decorrentes de inúmeras atividades econômicas com impactos sanitários tende a transformar as atividades das vigilâncias epidemiológica e sanitária em espaços fragmentados e tecnicistas, frequentemente fechados à parti-

VIVEMOS TEMPOS DE SUPEREXPLORAÇÃO DO TRABALHO E DE SUPEREXPLORAÇÃO DOS RECURSOS NATURAIS

cipação da comunidade e com poucas e isoladas conexões com processos emancipatórios de promoção e de luta pela saúde dos diversos grupos e movimentos sociais, incluindo os sindicatos de trabalhadores. Tais grupos e movimentos tendem a ser taxados de 'usuários' de forma homogeneizada e despolitizada, tratados como 'consumidores' de serviços de saúde numa lógica de mercado.

Obviamente, ambos os modelos, assistencial curativo e sanitaria, caminham de forma mais ou menos hegemônica de acordo com as dinâmicas de organização da sociedade e suas correlações de força que determinam práticas sociais e institucionais no campo da saúde. A tendência tecnicista e fechada de tais modelos favorece o poder das grandes corporações e a definição de normas restritas a certas dimensões econômicas e epidemiológicas sob a influência da lógica do mercado. Isso se expressa em conceitos hegemônicos como risco sanitário, definido por especialistas e processos decisórios pouco abertos à participação e ao debate público, e que tendem a rejeitar princípios fundamentais para uma vigilância da saúde ampla e democrática, como os princípios da precaução e da razoabilidade.

RESGATANDO AS PROPOSTAS DA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SEU SENTIDO EMANCIPATÓRIO E DE LUTA POR DIREITOS

Uma das inovações mais importantes do movimento pela reforma sanitária e a construção do SUS nos anos 80 e 90 foi à incorporação de uma concepção crítica e sistêmica de vigilância e promoção da saúde. A discussão mais avançada dos anos 90 centrou-se na proposta conceitual de vigilância da saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998). Nessa perspectiva o objeto de ação evolui de uma abordagem técnica da vigilância e controle de doenças transmissíveis, bem como da qualidade de produtos e serviços pontuais, para uma vigilância dos riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida, incluindo ações intersetoriais de promoção da saúde. Os componentes da vigilância e da

promoção passam a ser estratégicos para o SUS, em especial no tocante ao princípio da integralidade, na busca de superar os paradigmas biomédico, individualista, hospitalocêntrico e normativo dos modelos assistencialista e sanitário mencionados anteriormente.

A vigilância da saúde tem como um dos seus pilares a territorialidade. O território é o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de moradia, de acesso à educação, inseridos em contextos econômicos e produtivos, ecológicos e culturais. Portanto todo território possui dinâmicas, recursos, saberes, poderes e disputas que precisam ser reconhecidos pelos profissionais e sistemas de saúde. Isto influi nas concepções de saúde e doença, no quadro epidemiológico, na definição dos problemas, nas necessidades e prioridades de saúde, no reconhecimento e vigilância dos riscos ocupacionais, ambientais e sanitários como um todo, bem como nas potencialidades de políticas intersetoriais, de promoção da saúde que podem influenciar - para o bem ou para o mal - o desenvolvimento territorial, a vida e a saúde das populações e dos ecossistemas.

Não há neutralidade aqui: a Saúde Coletiva, a Vigilância e Promoção da Saúde, por sua própria concepção, assumem a primazia da vida e dos direitos fundamentais. E isso tem implicações do ponto de vista das bases científicas, dos modelos de gestão, da democratização dos processos decisórios, da inserção nos territórios, da relação com a sociedade civil e os movimentos sociais, dentre outros.

A concepção da Vigilância e Promoção da Saúde foi construída a partir de múltiplas matrizes: o pensamento latino-americano em epidemiologia social; a disseminação das propostas de promoção da saúde iniciadas nos anos 1970 no Canadá e desde então incorporadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e vários países; da abertura do conhecimento científico para as questões da complexidade, das abordagens sistêmicas e da interdisciplinaridade, bem como o forte compromisso com a justiça social e transformação das condições de vida e trabalho do

Movimento pela Reforma Sanitária, em articulação com movimentos sociais, incluindo tanto os sindicatos de trabalhadores como agendas advindas do feminismo, do ecologismo, da luta contra o racismo, de agricultores familiares que lutam pela reforma agrária e agroecologia, de movimentos de povos tradicionais e por justiça ambiental. Posteriormente a questão ambiental mais ampla, por sua crescente gravidade, passou a ser incorporada na agenda da Saúde Coletiva, da Abrasco, da vigilância e da promoção.

A proposta da Vigilância da Saúde avançou no plano acadêmico e continua uma importante referência na formação dos profissionais de saúde e mesmo no discurso de gestores no país. Certamente houve avanços importantes, embora restritos, em termos de concepções e formulação de políticas em algumas áreas mais recentes e inovadoras da saúde pública nos últimos 20 anos. Isso inclui o Sistema de Vigilância em Saúde do País em áreas como organização institucional, configuração dos sistemas de informação, investigação de surtos, capacidade de diagnóstico laboratorial e aumento da competência dos trabalhadores das áreas técnicas, principalmente no nível federal e em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, os principais componentes das ações de vigilância incluem promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Por consequência algumas áreas específicas encontram-se no SUS, por meio de políticas, programas e normas diversas. São elas: (1) a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; (2) a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; (3) a vigilância da situação de saúde com diversas experiências em âmbito federal, estadual e municipal; (4) a vigilância ambiental em saúde em temas emergentes como a contaminação da água, solos e do ar, os desastres e os agrotóxicos; (5) a vigilância da saúde do trabalhador e o diálogo com movimentos sociais e sindicais na construção das conferências de saúde do trabalhador, dos centros de referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e agendas estratégicas; (6) a vigilância sanitária com iniciativas inovadoras no controle de agrotóxicos e inclusão produtiva para micro empreendedores e agricultores familiares; (7) a promoção da saúde com ênfase em ações voltadas para prevenção de fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo e

a má alimentação; (8) a gestão participativa e o diálogo com movimentos contra o racismo (Movimento Negro), LBGT, populações do campo, da floresta e das águas, quilombolas, indígenas, dentre outros.

Também são visíveis inúmeras experiências de gestão e práticas do SUS em estados e municípios propiciadas por contextos políticos e institucionais mais favoráveis. Contudo, a instabilidade dos gestores e das equipes decorrente dos jogos eleitorais e alianças políticas conservadoras impediram que avanços obtidos ganhassem mais consistência e sustentabilidade. Esses avanços também não têm se refletido numa maior percepção, na sociedade e mesmo entre os profissionais de saúde, de que a vigilância em saúde efetivamente esteja contribuindo para a diminuição das vulnerabilidades socioambientais, a redução dos riscos ou pelo menos para aumentar nossa capacidade de resposta a diversos problemas de saúde mais complexos e emergenciais (Sbroza e Porto, 2010).

DIVERSOS DESAFIOS COLOCADOS PARA A 15ª CNS CONTINUAM A REPRODUZIR, EM CONJUNTURA DISTINTA, OS MESMOS COLOCADOS PELA SAÚDE COLETIVA HÁ MAIS DE 30 ANOS EM SUA LUTA PELO SUS

Entre as fragilidades do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde podemos destacar: a precariedade das relações de trabalho, em todos os níveis, mas com efeito devastador nos municípios, que resulta em alta rotatividade dos profissionais; o subdimensionamento, tanto quantitativo quanto qualitativo das equipes de vigilância em saúde, ou seja, equipes pequenas para o atendimento às necessidades e demandas da população em dado território, acrescido de perfil profissional pouco diversificado em termos de qualificação; necessidade de maiores investimentos na formação e educação permanente dos profissionais; a grande limitação na utilização de métodos quantitativos e qualitativos adequados nas análises dos dados disponíveis; a dificuldade de produção de informações relevantes e oportunas; e a limitação de comunicação com a sociedade que efetivamente contribua para a promoção da saúde e o controle público no SUS.



Outra ordem de fragilidade é a fragmentação do campo das vigilâncias, que se reproduz tanto nas dimensões conceitual e organizacional como nas práticas nos diferentes níveis do sistema. Principalmente nos níveis municipal e local esta fragmentação é certamente inadequada e, com frequência, inviável, dado que, sistematicamente, as mesmas equipes, levam a cabo tarefas do conjunto das vigilâncias e da promoção. Pode-se dizer que a vigilância e a promoção da saúde ainda estão longe de ser efetivadas sistemicamente no SUS, com impactos mensuráveis (ou identificáveis) nos lugares e territórios onde as pessoas vivem, circulam e trabalham (Sabroza e Porto, 2010).

DETERMINAÇÃO SOCIAL, MODELO DE DESENVOLVIMENTO E CONFLITOS AMBIENTAIS

Novas e velhas questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde são trazidas e atualizadas ao debate da vigilância e promoção da saúde, exigindo respostas institucionais das políticas de saúde e do SUS, tornando o sistema mais complexo, embora ainda fragmentado.

Tais questões compõem - ou deveriam compor - a agenda estratégica atual da vigilância e da promoção da saúde. Ela envolve inúmeros temas antigos ou emergentes com repercussões na saúde coletiva, tais como: a miséria, a fome e a pobreza; o saneamento em periferias urbanas, favelas e regiões rurais; a qualidade da água e a crise hídrica que crescentemente assola o país; as lutas por qualidade de vida nas cidades envolvendo direito à moradia, mobilidade, espaços públicos e lutas contra a poluição; os acidentes de trabalho graves com trabalhadores em setores perigosos como transporte, construção civil, agricultura e mineração, e o banimento de produtos perigosos como o amianto; os desastres tecno-

lógicos ou decorrentes de eventos climáticos como chuvas e secas, possivelmente relacionados às mudanças climáticas em andamento; as lutas contra a violência, o racismo, a discriminação étnica, o machismo e o sexismo; a intensa degradação ambiental e perda de biodiversidade decorrentes, em especial, da expansão de atividades como o agronegócio químico-dependente e seus monocultivos, a mineração, os grandes empreendimentos e projetos de infraestrutura; os conflitos por terra e a luta pela reforma agrária envolvendo agricultores familiares e camponeses, e a luta pela agroecologia e os alimentos saudáveis; a luta pela demarcação de terras indígenas, quilombolas e outros povos tradicionais; além das lutas dos sindicatos por melhores condições de trabalho e vida dentro do atual regime de acumulação flexível e globalizado do capitalismo, cuja precarização das relações e condições de trabalho tem resultado em epidemias de adoecimento físico e mental dos trabalhadores e trabalhadoras. Nesse contexto e com a deterioração das relações sociais, novas formas de violência social e interpessoal emergem.

Tal agenda múltipla traduz o que autores ecomarxistas destacam como as duas contradições fundamentais do capitalismo contemporâneo. A primeira, central no período inicial do capitalismo industrial até o início da segunda metade do século XX, relaciona-se com as condições de trabalho, tendo como principais protagonistas os trabalhadores expropriados da sua produção através de processos como a alienação, a mais-valia e modelos organizacionais atuais que flexibilizam, intensificam e fragilizam as relações de trabalho. Já a segunda, crescentemente mais relevante nas lutas emancipatórias contemporâneas, está associada às condições de produção, o que incluiria as problemáticas ambientais, de gênero, étnicas, dentre outras, tendo por protagonistas diversos coletivos contra-hegemônicos e organizados em torno de suas agendas de mudança social, como feministas, ambientalistas, povos tradicionais, agricultores familiares ligados à agroecologia, organizações de justiça ambiental, práticas de economia solidária, dentre outros (Porto & Schütz, 2012).

SAÚDE É NÃO TER EXPLORAÇÃO DE TRABALHADORES DO CAMPO E DAS CIDADES; É RESPEITO AOS DIREITOS DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS, QUILOMBOLAS E OUTROS POVOS TRADICIONAIS; É NÃO DESTRUIR NEM MERCANTILIZAR A NATUREZA, A VIDA E OS BENS COMUNS

Portanto, partimos dos seguintes pressupostos: 1) o modelo de desenvolvimento em curso no Brasil e no mundo contemporâneo do capitalismo globalizado é altamente danoso à saúde dos/as trabalhadores/as e das populações em geral; 2) sobre o processo saúde/doença dos/das trabalhadores/as, tal modelo age por meio das condições e das relações de trabalho, impactando, não apenas sobre o perfil de adoecimento e de morte, mas também sobre a própria construção da saúde, compreendida na sua dimensão subjetiva, emancipatória e libertadora; 3) sobre a saúde da população em geral, impacta seja pela contaminação dos ambientes (solo, ar, água e alimentos), seja pela desterritorialização das populações nas fronteiras de atividades como o agronegócio, a mineração e diversos grandes empreendimentos.

Vivemos, nestes primeiros anos do século 21, tempos de superexploração do trabalho e de superexploração dos recursos naturais, fenômenos estes que se justapõem, conformando diversos e diferentes modelos de produção brasileiros, a exemplo do agronegócio, da mineração, da indústria sidero-metalúrgica, da indústria química e petroquímica, dentre outras. Ou seja, estamos diante de uma dupla superexploração: a dos recursos naturais, viabilizadas no país pela flexibilização e violação de normas como o Código Florestal; pela intensa redução de biodiversidade, associada ao aumento de queimadas e desmatamento, provocando poluição e emissão de dióxido de carbono na atmosfera; e pela intensificação do uso de agrotóxicos pela agropecuária, com forte evidência de contaminação da água, do solo e dos alimentos. A segunda superexploração, a do trabalho pelo capital, ganha novos contornos em tempos de crise econômica e continuidade do ideário neoliberal. Isso se dá por meio da intensificação do trabalho, da

prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao trabalhador para repor sua força de trabalho. Os impactos dessas formas de superexploração sobre o quadro sanitário e a morbimortalidade das populações permanecem, em grande parte, invisibilizados e externalizados, ou seja, não entram no cálculo privado da produção, mas provocam evidentes custos sociais. É estratégico para a sociedade, a saúde coletiva e o SUS que tais impactos e custos sejam conhecidos, avaliados e principalmente evitados (Delgado, 2010).

Santos, 2013, ao analisar o atual modelo de desenvolvimento, discorre como se estivéssemos vivendo um “fascismo desenvolvimentista”:

Se a voracidade de recursos naturais e de terra deste modelo de desenvolvimento continuar a influenciar os Estados e governos democráticos para, por um lado, fazer tábua rasa dos direitos de cidadania e humanos, incluindo dos que estão consagrados pelo direito internacional e, por outro, para reprimir brutal e impune todos aqueles que ousam resistir-lhe, é possível que estejamos ante uma nova forma de fascismo social, o fascismo desenvolvimentista. (Santos, 2013).

As contradições referidas anteriormente são especialmente intensas na América Latina em função de sua frágil inserção no comércio internacional capitalista globalizado, marcado pela produção de commodities agrícolas e minerais, além de infraestruturas que geram inúmeros conflitos socioambientais.

É certo que esse modelo de desenvolvimento propiciou, a partir da virada do século e puxado pelo crescimento chinês, a redução das dívidas externas e a ampliação de políticas sociais em vários países, em particular os mais progressistas eleitos na América do Sul. Isso se refletiu em vários programas e ações em questões estratégicas: combate à miséria, à fome e ao desemprego; investimentos em

PRECISAMOS RESGATAR OS PRINCÍPIOS DA SAÚDE COLETIVA E DO SUS, EM ESPECIAL O ENTENDIMENTO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E SINDICAIS

educação, saúde e previdência social; políticas de apoio às populações do campo e da floresta, além de moradia e saneamento básico, dentre outras iniciativas.

No Brasil há que se destacar a política de combate à fome e à miséria, atrelada a programas e ações como o Bolsa Família, o Fome Zero e o fomento à produção de alimentos pela agricultura familiar pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e da Reforma Agrária, com destaque para programas que avançaram como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). A redução das desigualdades sociais, ainda que parcial, também se expressa na contínua redução do índice de Gini na virada do século XXI com tendência ao estacionamento desde 2011 (Leite & Salas, 2015).

Contudo, a redução da miséria, do desemprego e o aumento da massa salarial dos trabalhadores de diversos setores, principalmente urbanos, não foram acompanhados de um processo de organização coletiva, conscientização política e engajamento nas lutas emancipatórias de nosso tempo.

Pelo contrário, o modelo de desenvolvimento e o consumismo emergente das classes populares cresceram num contexto político e ideológico pautado pelas alianças do governo com setores econômicos e lógicas de mercado, com apoio parcial da mídia hegemônica, interessada no crescimento econômico e estratégias de acumulação. Tais alianças envolveram o agronegócio, a mineração, os bancos, a construção civil, as indústrias automobilísticas e de eletrodomésticos, o setor imobiliário, dentre outros, que propiciaram condições bastante frágeis e contraditórias de governabilidade e sustentação política. Em parte isso

também ocorreu por certo silenciamento da classe trabalhadora, setores sindicais e movimentos sociais interessados no crescimento econômico e com perda de autonomia política pela articulação com partidos de esquerda da base de sustentação do governo. A crise política e institucional atual decorre também dessa sombra que torna confusa a diferenciação entre grupos, partidos e setores da sociedade mais conservadores ou progressistas.

SOBRE A CONJUNTURA ATUAL E TENDÊNCIAS DE RETROCESSO

Como já dito, a conjuntura atual reforça a tendência histórica, colonial e dependente da região e do Brasil por meio de processos como o neoextrativismo e a reprimarização da economia, alavancados por setores econômicos como a mineração, o agronegócio, a produção de petróleo e a construção de grandes empreendimentos industriais e de infraestrutura, como os complexos portuários, rodovias, ferrovias e hidrovias, as barragens hidrelétricas e parques eólicos, transposições como a do rio São Francisco.

Nas cidades intensificam-se problemas relacionados à inserção das mesmas na rede capitalista global e financeira por meio de processos urbanísticos ditos modernizantes e eventos como as Olimpíadas e a Copa do mundo, puxados pela especulação imobiliária que intensifica remoções e expulsam trabalhadores para novas periferias. Tudo isso alavancado por forças políticas e econômicas conservadoras em alianças com partidos políticos e setores de governo em nome do progresso e do crescimento econômico.

Mais recentemente as condições internacionais (em especial a redução do crescimento da China, do mercado de commodities e das condições de acumulação e transferências de divisas de corporações transnacionais), regionais (pressão de organismos internacionais,



dos EUA e da mídia hegemônica) e nacionais (crise de crescimento nos mercados externo e doméstico, endividamento público, aumento da inflação, aumento do desemprego, redução de investimentos públicos e de programas sociais, e o acirramento da disputa política com partidos liberais) têm acirrado crises políticas e institucionais em andamento.

O quadro político institucional no momento é complexo e com tendência a vários retrocessos. O resultado contraditório do modelo de desenvolvimento econômico e da base para a governabilidade política no Brasil se reflete em diversas áreas. Por exemplo, na saúde com a criação de políticas públicas em tese afinadas com os princípios da saúde coletiva e do SUS, simultaneamente ao avanço crescente do sistema privado de saúde no país e dificuldades de financiamento do SUS. Este tem seus problemas propagandeados pela mídia hegemônica em função de falhas gerenciais e da corrupção do sistema público e dos partidos do governo. Além disso, ampliam-se as ameaças de flexibilização regulatória sob a égide do mercado, como a redução do papel da saúde e da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) na regulação de agrotóxicos.

Outro exemplo da contradição político-institucional encontra-se na agricultura. Convivem, de um lado, o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento representando principalmente o agronegócio, amplamente hegemônico em termos de verbas e subsídios; e o Ministério da Reforma Agrária (além do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) com verbas bem menores para o apoio à agricultura familiar, camponesa e agroecológica.

Outra situação que reflete a conjuntura atual e os retrocessos em andamento diz res-

peito à atual composição conservadora do Congresso Nacional: as bancadas ruralista, da mineração e evangélica conservadora compõem, quando articuladas, maioria nas votações, apoiando projetos como a desregulamento dos agrotóxicos para casos de emergências fitossanitárias e a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 215 que subordina ao Congresso Nacional a demarcação de terras indígenas. Com as atuais regras eleitorais e a composição do Congresso torna-se extremamente difícil a construção de pautas e leis progressistas.

Nos últimos anos alguns setores da vigilância têm sido especialmente atingidos pelos interesses de setores econômicos poderosos, que sistematicamente atropelam necessidades e direitos fundamentais de saúde. Um exemplo relevante diz respeito ao setor do agronegócio e o uso intensivo de agrotóxicos. O Brasil atingiu, desde 2008, a infeliz marca de maior consumidor mundial de agrotóxicos, enquanto boa parte do mundo vem reduzindo o consumo total ou por hectare de área plantada, desenvolvendo e apoiando a produção agroecológica e orgânica de alimentos. Apesar disso, assistimos um quadro de negociação voltada à sustentabilidade política do governo que atinge o próprio Ministério da Saúde numa extensão possivelmente das maiores nos últimos anos.

Há, portanto, uma discussão de fundo a ser enfrentada atualmente para compreender o Estado na atual conjuntura política e econômica no Brasil, suas contradições, principalmente no quadro atual de crise e retrocessos diversos, e como manter posições autônomas que permitam tanto alianças estratégicas consequentes para barrar retrocessos em andamento, mas também assumir um papel crítico e autônomo da Saúde Coletiva em sua relação com o Estado, a sociedade e os movimentos sociais engajados em lutas emancipatórias.

Nesse sentido um grande desafio da saúde coletiva, do SUS, da vigilância e promoção da saúde é como incorporar, se posicionar e participar da articulação dessas diversas constelações de lutas emancipatórias que marcam nossas sociedades em crise. Avançar nos diálogos e convergências com os sujeitos coletivos dessas diversas lutas emancipatórias é uma tarefa central para a saúde coletiva contemporânea.

Essa postura é fundamental para que a vigilância e a promoção da saúde assumam um papel mais estratégico na transformação do modelo de desenvolvimento e na transição para outros paradigmas e estruturas de sociedade, de direito e conhecimento.

Nesse contexto, é fundamental que a discussão sobre vigilância e promoção da saúde dentro do SUS, e áreas como a Saúde do Trabalhador e Ambiental, a Vigilância Sanitária, a Promoção da Saúde, a Alimentação e Nutrição, a Educação Popular, dentre outras, sejam amplamente debatidas, incidindo não somente no Ministério, mas no Conselho de Saúde, na 15ª Conferência Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS, além de vários setores da sociedade.

Dentro da Abrasco essa pauta ampla e estratégica reforça o papel do chamado InterGTs (Grupos Temáticos) através de diálogos e convergências que apontem para uma agenda estratégica entre as várias áreas citadas da Saúde Coletiva na defesa da vida, da saúde e de um SUS que representem os anseios de uma sociedade saudável, justa, democrática e sustentável.

ALGUMAS PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS ESPECÍFICOS NA ATUAL CONJUNTURA:

A seguir listamos algumas sugestões de encaminhamentos que consideramos relevantes na atual conjuntura para o campo da saúde coletiva, em especial para a Vigilância e Promoção da Saúde, no contexto da 15ª Conferência Nacional de Saúde:

Avançar na articulação com movimentos da sociedade civil no sentido de garantir e avançar na defesa dos direitos fundamentais da vida, da saúde, da democracia, do trabalho digno e saudável e do ambiente ecologicamente equilibrado nas diversas lutas emancipatórias em curso. Por exemplo, com os movimentos de trabalhadores e trabalhadoras urbanos e rurais por melhores condições de vida e trabalho; das populações camponesas e agricultores familiares por uma reforma agrária popular e pela transição agroecológica, bem como trabalhadores e trabalhadoras engajados em empreendimentos de economia solidária; das populações indígenas e quilombolas pela demarcação de suas terras e contra medidas como a PEC 215; da população LBGT, movimentos feministas e negros na luta contra a violência decorrente de diversas discriminações, como o racismo, o machismo e o sexismo; das comunidades urbanas e rurais envolvidas em conflitos ambientais, processos de resistência e movimentos por justiça ambiental que lutam por terra, moradia, saneamento, contra a poluição; enfim, dos vários processos que implicam sujeitos coletivos e práticas emancipatórias de promoção da saúde que apontem para a construção de sociedades mais justas, solidárias e saudáveis.

Retomada da construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde (processo esse iniciado em 2013, sendo interrompido posteriormente), articulando e integrando todas as áreas da vigilância em saúde e, do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, incluindo a estruturação da carreira nacional de Vigilância em Saúde.

Pautar a posição da Abrasco sobre Vigilância em Saúde, incluindo as deliberações da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na 15ª. CNS, bem como os avanços do 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente (2º SIBSA) e a efetiva construção de uma Política Nacional de Saúde Ambiental.

Dar sequência aos processos iniciados pelo 2º SIBSA através do que a Abrasco vem denominando SIBSA em Movimento, priorizando temas como a articulação com movimentos sociais, os agrotóxicos, os problemas relacionados à escassez e qualidade da água, os impactos dos grandes empreendimentos, bem como alternativas de produção da saúde como a produção de alimentos saudáveis através da agricultura camponesa e agroecológica.

Impedir retrocessos e dar continuidade aos avanços em termos das normas sanitárias relacionadas à produção de alimentos da agricultura familiar e camponesa para que seja menos uma barreira e mais um incentivo para viabilizar políticas públicas e programas como PNAE, PAA, PLANAPO e PRONARA. Deve-se garantir a continuidade da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 49/2013 da ANVISA voltado a discutir e propor medidas para contribuir, sensibilizar, humanizar e aperfeiçoar a atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, relacionadas com as atividades da economia solidária e os produtos da agricultura familiar.

Avançar na implementação de Políticas estratégicas já publicadas para a vigilância e promoção da saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas, das Águas, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Informática e Informação em Saúde.

Dar continuidade à implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), considerando a cen-

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Federal GM/MS Nº 1.823/2012, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 4ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/index.html Acesso em 30 de outubro de 2015.
- Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2): 569-584.
- CEBES (2015). Tese do CEBES para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. In:
- Cruz, F. T. D. (2012). Produtores, consumidores e valorização de produtos tradicionais: um estudo sobre qualidade de alimentos a partir do caso do Queijo Serrano dos Campos de Cima da Serra-RS. Tese de doutorado em Desenvolvimento Rural, UFRS, Porto Alegre.
- De Seta MH, Silva JAA (2006). A gestão da vigilância sanitária. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 195-217.
- Delgado, G. C. (2010). Especialização primária como limite ao desenvolvimento. *Desenvolvimento em debate*, 1(2), 111-125.
- Leite, M. D. P., & Salas, C. (2015). Trabalho e desigualdades no Brasil: desafios e contradições do atual modelo de desenvolvimento. *IdeAs. Idéas d'Amériques*, (5). Ver: <http://ideas.revues.org/923>.
- Luchese, G. (2013). Discurso de abertura no VI SIMBRAVISA, Porto Alegre. <http://www.abrasco.org.br/site/2013/10/discursos-da-solenidade-de-abertura-do-vi-simbravisa/>
- O'Dwyer, G., Reis, D. C. D. S., & Silva, L. L. G. D. (2010). Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(Supl3): 3351-3360.

tralidade da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no processo de efetivação da PNSST. Isto significa que o MS, através da SVS e do Departamento de Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador deve:

Continuar assumindo a competência do SUS em relação à Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho, hoje sendo duramente atacada pela área do Trabalho, do atual Ministério do Trabalho e da Previdência Social e por alguns setores da Justiça, por suposta invasão de competência na ação do SUS na Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho. Isso implica em fortalecer a capacidade da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) para o desenvolvimento de ações de Visat em todo o país, ampliar a capacidade de regulação do SUS nos três âmbitos de gestão e dar visibilidade às experiências exitosas de estados, municípios e União.

Assumir como prioridades nacionais a vigilância dos acidentes de trabalho (grave, fatal e em crianças e adolescentes), as intoxicações exógenas, priorizando os agrotóxicos, os transtornos mentais relacionados com o trabalho e a saúde dos trabalhadores do campo, da floresta e das águas, sem descuidar do necessário apoio aos níveis loco - regionais considerando os perfis produtivos e epidemiológico de cada região de saúde.

Ampliar a capacidade de investimento em âmbito nacional e regional para atender às necessidades de formação e educação permanente das equipes técnicas e gerenciais para as ações de Visat.

Continuar investindo e melhorando a capacidade de produção e análise de infor-

mação de interesse à saúde do trabalhador, disponibilizando as informações em todos os âmbitos, de modo a propiciar adequadas análises de situação de saúde, a tomada de decisão qualificada e adoção de ações e intervenções em tempo oportuno.

Pautar a questão da terceirização e da precarização do trabalho no setor saúde, de modo a possibilitar desenvolver estratégias de gestão do trabalho adequadas e de viabilizar a criação de uma carreira da saúde.

Pautar a questão da terceirização, apontando a necessidade de luta contra a precarização do trabalho em todos os setores e ramos de atividade econômica, na defesa de condições de trabalho dignas, saudáveis, social e ambientalmente sustentáveis em todo o país. Para tal, é importante que a saúde traga sua contribuição e dê visibilidades aos impactos negativos dessa prática na saúde dos trabalhadores e nas condições gerais de vida da população.

Repudiar a Portaria nº 1.287, de 30 de setembro de 2015, publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), que ao instituir, no âmbito do MTE, a Comissão Especial para Debater o Uso do Amianto Brasil, sob o prisma do uso seguro (grifo nosso), age de forma unilateral, desrespeitosa e irresponsável, desconsiderando todo um longo e árduo processo de lutas e de avanços rumo ao banimento do uso do amianto no Brasil. Assumir a ação política de banimento do amianto, como ação de proteção e promoção da saúde das populações expostas.

**Marcelo Firpo e Fernando Carneiro são do GT de Saúde e Ambiente da Abrasco*

Jandira Maciel e Letícia Coelho são do GT de Saúde do Trabalhador da Abrasco

PAIM, J. S. (1994). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Epidemiologia & Saúde (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 455-466, Rio de Janeiro: MEDSI.

Pinheiro R, Mattos RA (2006). Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; p. 11-26.

Porto, M. F., Rocha, D. F., & Finamore, R. (2014). Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 19(10): 4071-4080.

Porto, M. F., & Schütz, G. E. (2012). Gestão ambiental e democracia: análise crítica, cenários e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 17(6): 1447-1456.

Sabroza, P.; Porto, M.F. (2010). Uma proposta de capacitação em vigilância das condições de vida e saúde para o SUS de base local e territorial: Oportunidades e Desafios. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

Santos, B S. (2011). A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. In Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática (Vol. 1). São Paulo: Editora Cortez.

Santos, B.S. (2013). Direitos humanos, democracia e desenvolvimento. São Paulo: Cortez.

Teixeira CF, Costa EA (2008). Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EdUFBA; p. 149-164.

Teixeira CF, Paim JS & Vilasbôas AL 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS 7 (2): 7-28.

Teixeira, C. F. (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cadernos de Saúde Pública 18 (supl): S153-S162.