



Futuros do Brasil *Ideias para ação*

Apontamentos sobre a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: busca de alternativas democráticas em tempos de crise

Guilherme Franco Netto

Especialista em Saúde, Ambiente e Sustentabilidade (Fiocruz); conselheiro da Diretoria da Abrasco; conselheiro do Conselho Nacional de Saúde, representando a Abrasco; membro da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do CNS; coordenador da Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

Introdução

Os debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre os resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, apontaram a necessidade da realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), com o objetivo central de “propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”¹.

O presente ensaio visa aportar algumas considerações aos debates em torno da 1ª CNVS, identificar seus atores e desafios e apresentar posições.

Saúde Coletiva, Reforma Sanitária e Vigilância em Saúde

O pensamento da saúde coletiva orienta-se por uma crítica acadêmica às limitações do modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, do modelo campanhista e do modelo preventivista, incapazes de questionar e propor atuação sobre a origem das condições geradoras da precária condição de saúde do povo brasileiro, o que resultou num processo articulado deste às lutas da sociedade e dos profissionais de saúde pela democracia e por melhores condições de vida².

As conexões entre esses três movimentos, de intelectuais, da sociedade e de profissionais de saúde, se

materializam no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira³, coletivo essencial de formulação das teses aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, realizada em 1986, que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988 e materializado no SUS⁵. W

A Constituição define a responsabilidade do Estado brasileiro relativa à Vigilância em Saúde⁶, sendo esta uma função essencial da saúde pública⁷. A saúde dos brasileiros é resultado de complexas e dinâmicas interconexões das dimensões econômica, política, ambiental e cultural existentes na sociedade, e de sua interação com as características biológicas individuais e coletivas de nossa população. A ação da Vigilância em Saúde deve realiza-se em diversos planos: 1. Coordenação nacional, capaz de incidir nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e ambientais que tenham relação com a saúde; 2. Na Rede de Atenção à Saúde, considerando-se todos os seus dispositivos e pontos de atenção; 3. Junto à sociedade, integrada aos territórios⁸ (Figura 1).

O debate acadêmico sobre a vigilância nos modelos de atenção à saúde, na busca de modelos de intervenção mais abrangentes, requer, de um lado, reflexão sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos que sustentam as novas propostas de ação e, de outro, análise escrupulosa da situação concreta, no sentido de contextualizar cada intervenção concebida para que possa produzir os efeitos desejados sobre a realidade⁹.

¹ Documento Orientador da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/documento_Orientador_1CNVS.pdf.

² AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. [tese]. São Paulo: Unicamp, 1975.

³ ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p.

⁴ Conferência Nacional de Saúde, 8. *Relatório final*. Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

⁵ BRASIL. 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. Diário Oficial da União, 1990, 20 set, p. 18.055.

⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

⁷ WHO/PAHO. *Essential Public Health Functions*. Disponível em

www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617. CHOI, BCK. *The past, present, and future of Public Health Surveillance*. *Scientifica*, 2012. 2012:1–26. <https://doi.org/10.6064/2012/875253>.

⁸ NETTO, G.F.; VILLARDI, J.W.R.; MACHADO, J.M.H.; SOUSA M.S. de; BRITO, I.F.; ACOSTA, J.; OCKÉ-REIS, C.O.; FENNER A.L.D. Vigilância em Saúde Brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2017. No prelo.

⁹ PAIM, J.S. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes*. Anvisa/ISC-UFBA. Brasília, 28/3/2001.

Figura 1: Conjunto de vetores e elementos articuladores da Vigilância em Saúde.



Fonte: NETTO, G. F. et al. (no prelo)

O cenário brasileiro¹⁰

A análise da situação concreta requer a busca da compreensão do atual cenário político, econômico, social e ambiental brasileiro, e suas relações com a saúde.

A crise do capital internacional está diretamente associada à contração mundial da atividade econômica e à subtração de políticas públicas sociais inclusivas. No Brasil, a partir de 2016, associa-se à crise econômica uma crise política que resulta numa gigantesca onda de retrocessos que ameaçam os pilares essenciais da Constituição Federal de 1988, com violação de direitos humanos e da obrigação do Estado de promover a Seguridade e a Proteção Social.

A Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que institui o Novo Regime Fiscal, associada a outras propostas de emendas constitucionais que se encontram em curso, acrescidas de uma desenfreada profusão de projetos de lei, representam forte ameaça à cidadania e

à democracia brasileiras, que certamente resultarão em um significativo impacto negativo para a saúde, em especial dos mais pobres, dos mais idosos e daqueles em situação de maior vulnerabilidade e iniquidade social. O ataque frontal ao direito universal à saúde já é apontado como a “desconstitucionalização do SUS”.

As reformas em curso no Legislativo Federal, da previdência e trabalhista representarão um custo social sem precedentes. A extensão dos anos a serem trabalhados, sob a lógica de previdência privada, combinada com a profunda precarização das condições de trabalho e rebaixamento de salários, associados ao congelamento dos gastos públicos pelo absurdo prazo de vinte anos resultarão em um enorme impacto negativo para a saúde dos trabalhadores, trabalhadoras e de seus familiares.

A forte influência do capital na tomada de decisões do Estado sobre os rumos do País resulta numa perversa distribuição da riqueza, acumulada e concentrada nas mãos de muito poucos. Esta concentração da riqueza

¹⁰ Extraído do Documento Orientador da 1ª CNVS. 2017, no prelo.

gera um país extremamente injusto. Somos o país continental de maior concentração urbana do mundo, próximo a 85% da população. Entretanto, mais de um terço desta população vive e habita em condições sub-humanas, com limitado acesso aos equipamentos públicos coletivos e à infraestrutura. Mais da metade dos brasileiros concentra-se nas trezentas maiores cidades. A violência, em todas as suas formas, é um dramático resultado desse cenário. Nossas cidades são cada vez mais fragmentadas e desiguais. A crescente prevalência de mães jovens, negras, solteiras e trabalhadoras de baixa renda expressa o grau de ruptura e fragilidade do tecido social. O limitado alcance do Estado na proteção dos cidadãos tem gerado grupos de pessoas em alto grau de vulnerabilidade que são invisibilizados na sociedade.

A poluição gerada pelos processos de produção e consumo desenfreados resulta em enorme impacto no meio ambiente e na vida das pessoas. No Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 18% dos problemas de saúde estão relacionados à poluição¹¹. Associada às queimadas da Floresta Amazônica, a liberação de gases de efeito estufa contribuem para o problema das mudanças climáticas, que resultam em mais riscos à saúde, especialmente das populações vulneráveis, decorrente do aumento da temperatura do planeta.

A crise da água, duramente vivenciada pelas populações do Semiárido, expande-se progressivamente para os grandes centros urbanos. A região metropolitana de São Paulo viveu, recentemente, a pior escassez de água dos últimos oitenta anos. A crise decorre de décadas de mau uso da água e do solo. A redução das florestas, pelo uso desordenado do espaço urbano, vem causando graves problemas. A falta de água na Grande São Paulo decorre muito mais da poluição e do desperdício do que do clima.

A baixa oferta e o limitado acesso de grande parcela da população brasileira ao saneamento básico é um desrespeito aos direitos humanos e traz grave impacto sanitário. É responsável por ciclos de grandes epidemias de doenças transmitidas por mosquitos ao longo dos últimos trinta anos. Inicialmente, dengue; agora, concomitantemente, dengue, *zika* e *chikungunya*, doenças que incidem sobre a saúde de milhões de pessoas. As complicações neurológicas de crianças cujas mães contraíram *zika* durante a gravidez – especialmente a epidemia de microcefalia registrada na Região Nordeste – revelam a face dramática de um Estado com limitada capacidade de proteger seus cidadãos. Essas epidemias recorrentes revelam também a baixa efetividade dos programas e ações de controle de vetores centrados na dispersão de agrotóxicos no interior e no entorno das residências das famílias brasileiras (que consome até 85% dos recursos destinados a essas ações)^{12,13}, e na responsabilização dos indivíduos¹⁴.

A opção por um modelo de desenvolvimento baseado em megaempreendimentos é geradora de significativos impactos socioambientais nos territórios por eles influenciados¹⁵. Tais impactos são sentidos desde a pré-instalação, durante a instalação e no curto, médio e longo prazo de suas operações. Os territórios contíguos aos megaempreendimentos são cenários de importantes conflitos socioambientais, resultado dos desarranjos e rupturas nos planos materiais e imateriais da forma de viver dos grupos populacionais e ecossistemas locais¹⁶.

Considerado o maior acidente ambiental da nossa história, o crime da empresa Samarco, ocorrido em dezembro de 2015, tendo como epicentro a ruptura dos tanques de contenção de lixo tóxico da extração mineral no município de Mariana (MG), e que se expandiu por

¹¹ WHO. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. France, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstre>

¹² FIGUEIRÓ, A.C.; SÓTER, A.P.; BRAGA C.; HARTZ, Z.M. de A.; SAMICO, I. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. *Ver. Bras. Saúde Materno Infantil*, 2010. **10**: s 93–106. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500009>.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/dengue>. Acesso em 15/06/2017.

¹⁴ ARAÚJO, I. S. As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue. In: *Comunicación y salud: un campo diverso y pujante*. Organicon, v.9, n. 16-17, p. 50-66. São Paulo, 2012. am/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf.

¹⁵ PORTO, M.F. et al. *Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

¹⁶ RIGOTTO, RM. *Desenvolvimento, Ambiente e Saúde: implicações da (des)localização industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

cerca de 800 quilômetros ao longo do Rio Doce, até alcançar o Oceano Atlântico, afetando a vida de milhões de pessoas e poluindo o meio ambiente, não é mera casualidade¹⁷. Expressa, como tantos outros exemplos, a forma irresponsável e insustentável de como o capital, com a conivência do Estado, se apropria violentamente dos recursos naturais, dos meios de produção e do trabalho alheio para alimentar o ciclo de concentração de riqueza.

No Brasil, país continental que jamais realizou a reforma agrária, a luta pelo direito à terra é uma ameaça à vida das populações tradicionais. A maioria das terras produtivas brasileiras é de grandes propriedades onde ocorrem processos produtivos baseados no monocultivo, principalmente de soja, algodão e milho. Para assegurar maior rentabilidade, esses processos utilizam sementes geneticamente modificadas de modo que as plantações tenham maior probabilidade de resistir às intempéries. Essas modificações genéticas são moduladas de forma que as plantas sejam resistentes aos agrotóxicos que atuam no controle de pragas, como é o caso do glifosato.

O Brasil está entre os três países de maior produção de alimentos transgênicos e é o maior mercado de agrotóxicos do mundo¹⁸. A tentativa de desregulamentação do uso de agrotóxicos é um grave risco sanitário para toda a população brasileira. O impacto das combinações dessa contaminação ambiental e exposição humana é altíssimo e não adequadamente mensurado. Pesa ainda sobre a população que vive e trabalha no campo a violência gerada pela disputa pela terra, pela água e por condições dignas de trabalho, conflitos que ao longo dos anos vem expulsando homens e mulheres de seus territórios ou para irem para os centros urbanos, ou por assassinato.

O surgimento da indústria alimentar e o consumo excessivo de produtos processados, mediados pela publicidade e ideologia consumista, resultam numa transição nutricional caracterizada por uma dieta extremamente calórica, rica em açúcares e gorduras, e insatisfatória quanto ao aporte nutricional. A produção agropecuária dominante em escala global é dependente do uso de antibióticos, agrotóxicos, hormônios e de organismos geneticamente modificados, em larga escala. Patologias como desnutrição, dislipidemias, obesidade, câncer, distúrbios mentais e outras doenças crônicas não transmissíveis, que aparecem e se agravam em escala sem precedentes, estão intimamente ligadas a tais mudanças na alimentação das coletividades e dos indivíduos¹⁹.

A saúde dos brasileiros é resultado desse complexo e dinâmico cenário de dimensões econômica, política, ambiental e cultural, e sua interação com as características biológicas individuais e coletivas de nossa população. A Vigilância em Saúde deve ser capaz de examinar o contexto das condições de vida e saúde das populações para organizar intervenções de promoção e proteção à saúde e de prevenção de agravos, intervenções essas que incidam sobre causas, riscos e agravos²⁰.

Agenda 2030: paradoxos e dilemas do cenário global²¹

Em 2012, na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20 – realizada 20 anos depois da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, conhecida como Eco-92, Cúpula da Terra e Rio-92, realizada no Rio de Janeiro, em 1992 – os chefes de Estado e Governo (ou altos representantes) de todos os Estados-membros da ONU assumem como compromisso de todos o

¹⁷ FREITAS, C. M.; SILVA, M.A. da; MENEZES, F. C. *O desastre na barragem de mineração da Samarco – fratura exposta dos limites do Brasil na redução de risco de desastres*. Cienc. Cult., v.68 n. 3, São Paulo, jul/set, 2016.

¹⁸ CARNEIRO, F. F. et al (Org.). *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Expressão Popular. Rio de Janeiro/São Paulo, 2015.

¹⁹ V Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Profissional. Relatório Final. Brasília, 2015.

²⁰ TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 7 (2): 7-28, 1998.

²¹ Texto parcialmente extraído do documento *A Agenda do Desenvolvimento 2030 e os ODS: Termo de Referência para o debate na Fiocruz*. 2017, em elaboração.

documento *O Futuro que Queremos*²², no qual convocam os países e a sociedade global para a construção da Agenda do Desenvolvimento 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que trazem em sua centralidade a eliminação da miséria absoluta e a erradicação da fome, articulando-as com um conjunto de expressões dos pilares econômico, ambiental e social do desenvolvimento²³.

Entretanto, diversos eventos mundiais negativos trazem perspectivas sombrias para o futuro da Agenda 2030 e dos ODS. O meio de implementação fundamental da Agenda 2030 está contido no ODS 17, o qual reitera a “aliança para o desenvolvimento”, já presente no Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) 8, significando o financiamento solidário do desenvolvimento dos países mais pobres pelos países mais ricos com 0,7% do seu PIB de ajuda oficial para o desenvolvimento (AOD), mas também com transferências tecnológicas em todas as áreas (agricultura, saúde, proteção ambiental etc.), fundamentais para a sustentabilidade global do desenvolvimento e em cada país também. A profunda crise econômica que explodiu em 2007-2008 no circuito central do capitalismo global (Estados Unidos e países da União Europeia) tem sido invocada como a razão central para justificar a redução na AOD por parte dos países mais ricos.

A alçada ao poder, em 2017, nos Estados Unidos da América, do ultraconservador Donald Trump, com suas agressivas políticas xenofóbica e armamentista, além do desprezo pela proteção ambiental em favor do crescimento econômico, mesmo às custas de poluição e do esgotamento dos recursos naturais do planeta, é outro elemento fatal do quadro de desalento quanto às reais possibilidades do desenvolvimento sustentável que vêm, pouco a pouco, tomando conta do planeta. A saída dos EUA do Acordo do Clima de Paris e a redução

dos repasses financeiros dos Estados Unidos à ONU, em geral e a cada uma de suas agências, a quem tocaria coordenar os esforços em prol do DS e da concretização da Agenda 2030 e dos ODS, são medidas já tomadas pela administração Trump, com repercussões extremamente negativas no processo global de implementação da agenda 2030 e ODS. Nisso, o governo americano pode ser seguido pela onda conservadora que ameaça tomar conta da Europa, como o já concretizado Brexit.

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo segundo o *Relatório Global de Desenvolvimento Humano de 2016* do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), pois ocupa a 10ª posição no ranking da desigualdade (medida pelo coeficiente de Gini), de um conjunto de 143 países. Essas são heranças de uma cidadania regulada²⁴ e características de uma democracia ainda de baixa intensidade²⁵. Reconhecer e combater essa desigualdade é um desafio complexo e permanente para a sociedade brasileira. Um recente informe²⁶ publicado pelo PNUD, Ipea e Fundação João Pinheiro, no âmbito do *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*, traz a desagregação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), e outros 170 dados socioeconômicos, por cor, sexo e situação de domicílio²⁷.

Mudanças positivas no desenvolvimento humano do país foram apontadas em sucessivos relatórios e analisadas em edições do referido Atlas (1998, 2003 e 2013). O país obteve grandes avanços em esperança de vida, educação e renda, a partir da adoção de estratégias inclusivas das últimas décadas, como o aumento progressivo no valor do salário mínimo, as transferências de renda condicionadas, as políticas de ações afirmativas, e os investimentos em saúde e educação; entretanto, ainda apresenta grandes desigualdades internas e regionais.

²² ONU. Rio + 20. *O Futuro que Queremos*. Disponível em: www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/OFuturoqueQueremos_rascunho_zero.pdf.

²³ Importante registrar que no primeiro documento disponibilizado pela ONU, intitulado *draft zero*, a ser submetido à Rio+20, não se mencionava a palavra *saúde*. O Brasil, em parceria com outros países e organismos internacionais teve um papel central em assegurar que a saúde é pré-condição, resultado e indicador do desenvolvimento, conforme consta no documento “O Futuro que queremos”.

²⁴ SANTOS, W. G. dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. *Cid. E Justiça Política Soc. Na Ordem Bras.* 1987. p. 89-89.

²⁵ SANTOS, B. S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. *Reinventar Emancip. Soc. Para Novos Manif.*, vol. 1. São Paulo: Civilização Brasileira, 2009.

²⁶ PNUD, IPEA e Fundação João Pinheiro (2017). *Desenvolvimento humano para além das médias: A desigualdade comparada entre mulheres e homens, negros e brancos e populações rurais e urbanas no Brasil*. Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30025&Itemid=419.

²⁷ Plataforma www.atlasbrasil.org.br

O Governo Federal do Brasil instituiu a Comissão Nacional sobre Desenvolvimento Sustentável pelo Decreto 8892, de 27/10/2016²⁸. O Brasil foi um dos países que apresentou ao HLPF/ECOSOC 2017 o Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável²⁹, correspondente ao ano de 2017³⁰. Composto de 77 páginas, ressalta “a convergência entre o instrumento nacional de planejamento – o Plano Plurianual 2016-2019 – e a Agenda 2030”, aponta “estratégias para incorporar a Agenda 2030” e indica como mecanismo de governança para os ODS a criação da Comissão Nacional para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Não diferente do que ocorre em quase todos os países, a resposta que vem sendo dada no Brasil à crise internacional do capital financeiro segue a regra de contração mundial da atividade econômica e a subtração das políticas públicas sociais inclusivas³¹, sob a enganosa ideologia da austeridade. Soma-se a isso um preocupante cenário de incerteza e instabilidade política.

Assim, não são transformações proequidade que se delineiam para o futuro, pelo menos com o conjunto de emendas constitucionais apresentadas pelo Executivo e outros projetos de lei de iniciativa do Legislativo nas áreas de previdência, trabalho e outros direitos, que se encontram ameaçados pelo teor das propostas. Tais emendas afastam o Brasil do compromisso formal assumido com a Agenda 2030 e os ODS, não só por seus efeitos imediatos, que já se fazem sentir, mas pelas perspectivas de longo prazo, que retiram dos brasileiros direitos conquistados e muito coerentes com os enunciados na Agenda 2030, entre os quais ressalta-se o da equidade entre regiões, gêneros, etnias etc.

O pensamento da saúde na busca de alternativas políticas à crise

O editorial da última edição da *Revista Saúde em Debate* do Centro Brasileiro de Educação de Saúde (Cebes)³² nos aponta que

Recuperar a história recente da cultura de esquerda é útil para fortalecer argumentos por resistência e convencer de que a luta não está perdida. Serve para refletir e concluir que, talvez, o que tem faltado é ação política concreta, politização, discussão cara a cara e fortalecimento dos argumentos. Mudança de linguagem e de táticas para mobilizar e fazer pressão política. Mais ação sobre a política real...

Se nos recentes momentos de prosperidade todos ganharam – uns muito mais que outros –, promovendo uma aparente e fantasiosa harmonia entre as classes e frações de classes, que permitiu ao Estado implementar políticas sociais redistributivas, nos momentos de crise, o que pretendem é garantir os ganhos. Assim, retoma-se o pacto permanente entre a elite política e a burguesia econômica para restituir o modelo neoliberal de mercado, com ataques sem precedentes aos direitos conquistados, bastando mencionar a ofensiva da reforma trabalhista e da previdência.

Como a história recente já demonstrou, não é possível construir um pacto entre os grupos que proclamam por nenhum direito a menos com aqueles que defendem nenhum centavo a menos. Do confronto desses interesses é que pode resultar uma saída para o país. É pela via da política, e não das entranhas da crise ou dos grupos que dela se satisfazem que é preciso procurar alternativas. Para isso, a agregação e unidade de forças cujo filtro mínimo deve ser o compromisso com os interesses públicos, do povo e da pátria.

²⁸ Brasil (2016). Comissão Nacional sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Acesso: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8892.htm

²⁹ BRASIL (2017). *Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil_Portuguese.pdf

³⁰ Até 25 de junho de 2017, 44 países haviam apresentado seu Informe Voluntário. Nas Américas, cinco (5) países da América do Sul – Argentina, Brasil, Chile, Peru e Uruguai; e seis (6) da América Central – Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras e Panamá. Estados Unidos, Canadá e México não o tinham feito, nem qualquer dos países do Caribe.

³¹ CEPAL. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2016: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los desafíos del financiamiento para el desarrollo*. Santiago, 2016.

³² Editorial. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 345-352, abr/jun, 2017.

O ponto central de análise deve reconhecer que o traço estrutural do capitalismo contemporâneo é de que o mercado e o sistema financeiro vêm praticando orgias desenfreadas, levando o sistema produtivo ao fundo do poço. Nesse contexto, não há mais possibilidades de acumular capital na economia produtiva, e, assim, descarta-se o valor da força de trabalho. A captura absoluta do Estado brasileiro pelos interesses do sistema financeiro corrói qualquer possibilidade de avanço do clamor popular por desenvolvimento e justiça social. Restabelecer um ambiente político de mobilização democrática e desmontar essa hegemonia imposta ao País, garantindo os interesses populares, constituem desafios para a resistência em marcha...

Para tal, de acordo com Miranda³³

A Reforma Sanitária Brasileira tem que romper o curral onde se encontra acuada e, para isso, precisa recuperar a sua (pre)ensão e perspectiva de transcendência histórica e de integração social. Se não houver a transformação da sociedade brasileira e das relações de poder e autonomia política, restará ao SUS a atuação subordinada e subalterna, como recurso complementar ao mercado, aos mercados de doenças e às corporações autoritárias.

Os atores da 1ª CNVS

A viabilidade da criação de canais de participação na relação Estado-sociedade, nos países em desenvolvimento, é ainda um debate contemporâneo³⁴.

A Reforma Sanitária no Brasil possibilitou a institucionalização, no interior do aparelho estatal, de um sistema nacional de órgãos colegiados, dotados de um conjunto razoável de poderes legais e onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores e ao governo. São os Conselhos de Saúde que, no âmbito das três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) – federal, estadual e municipal – têm a atribuição de deliberar sobre a “formulação de estratégias e (exercer) controle sobre a execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros ...” (BRASIL, 1990). Desse sistema fazem parte também as Conferências de Saúde, fóruns que se reúnem periodicamente com a

participação ampla de diversos segmentos sociais para avaliar e traçar diretrizes para as políticas de saúde³⁵.”

Como já apontado, a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) surgiu a partir dos resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, e em decorrência de diversos debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em torno de variadas agendas, e tem como principal objetivo “propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”.

Convocada pela Portaria MS/GM n. 1017, de 11 de maio de 2016, a 1ª CNVS está normatizada por um conjunto de resoluções do CNS. O Regimento da 1ª CNVS foi aprovado pela Resolução n. 535, onde fica estabelecido que a 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como Conferências Livres. A resolução estabelece que a 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expo-epi); 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa); VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) e a 20ª Plenária Nacional de Saúde e Movimentos Sociais, espaços estratégicos de debates sobre o SUS, integram a Etapa Preparatória da 1ª CNVS.

A resolução nº 535 estabelece ainda que a 1ª CNVS será conduzida pelas comissões executiva, organizadora, de comunicação e mobilização e de formulação e relatoria, e define suas respectivas atribuições.

Os participantes da 1ª CNVS serão majoritariamente os delegados(as) eleitos(as) na Etapa Estadual³⁶ acrescidos de delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho Nacional de Saúde e convidados(as) representantes de ONGs, entidades, instituições

³³ MIRANDA, A. S. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 385-400, abr/jun, 2017

³⁴ CÔRTEZ, S.V. (Org). *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

³⁵ CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

nacionais e internacionais e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância em vigilância em saúde e setores afins. Caberá ao MS dotar recursos financeiros para a realização da etapa nacional.

Os debates da 1ª CNVS *Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade* se darão em torno do eixo principal, *Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro*, e dos subeixos: *O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS; Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde; Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde e Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde.*

A elaboração do Documento Orientador da conferência ficou a cargo da Comissão de Formulação e Relatoria. A metodologia desenvolvida e implementada consistiu em um processo continuado de formulação de textos preliminares submetidos a consulta sistemática aos integrantes do CNS, entidades da saúde tais como Abrasco e Cebes, e gestores e profissionais de vigilância em saúde. Foi também feita revisão da literatura acadêmica nacional e internacional, além de exame de documentos sobre Vigilância em Saúde elaborados pela Anvisa e Fiocruz.

Trata-se, portanto, de um processo de construção das diretrizes da Política Nacional de Vigilância em Saúde que valoriza e dá protagonismo ao sujeito coletivo *sociedade*, na perspectiva de construção de um bem público que tem como objeto, enquanto política, de proteger e promover a saúde das brasileiras e dos brasileiros, de todas as idades, raças, orientações religiosas e sexuais.

Desafios e possibilidades da 1ª CNVS

O Documento Orientador da 1ª CNVS visiona que a conferência esteja inspirada nos valores de

democracia, justiça e solidariedade, reafirmando o compromisso com a efetiva garantia do direito à saúde e com o desafio da construção de um Sistema Único de Saúde universal, público e de qualidade.

As etapas municipal, estadual e nacional da conferência devem levar em consideração o cenário de determinação social da saúde em seus respectivos territórios, cenário este mediado pela atual conjuntura política por que passa o país.

Portanto, o processo da 1ª CNVS apresenta-se como espaço coletivo privilegiado para, numa primeira vertente, atualizar o debate sobre os possíveis caminhos de luta pela democracia; numa segunda vertente, atualizar o debate sobre os desafios e possíveis alternativas para o SUS; e, numa terceira vertente, identificar diretrizes para a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

A natureza da vigilância em saúde requer ação sistêmica decorrente da responsabilidade sanitária de todos os entes federados e inerente à missão de garantia do direito à saúde da população como ação de Estado. Essas características da natureza da ação em Vigilância em Saúde devem ser garantidas pela adequação de estruturas, recursos humanos e orçamentários. Elementos que devem ser acompanhados pelos conselhos de saúde, devem estar presentes nos planos anuais de saúde e no orçamento nos Planos Plurianuais em todas as esferas de poder. É fundamental um sistema de governança com participação da sociedade, articulado às instâncias de controle social e gestão participativa e as instâncias dos poderes legislativos e executivos.

O registro de dados de interesse sanitário e de casos de morbimortalidade, integrantes da base de dados da Vigilância em Saúde, hoje com variados graus de utilidade, seja pela sua qualidade e/ou cobertura, representam patrimônio social e técnico do SUS. A necessária e adequada investigação dos casos, ameaças e problemas correlacionados com outras fontes de informação, incluindo necessariamente percepção, práticas e saberes da sociedade

³⁶ O processo de eleição de delegados é ascensional: os delegados das conferências municipais e/ou regionais integram as respectivas conferências estaduais, que elegem os delegados da conferência nacional.

possibilita definir um cenário sanitário contextualizado à dinâmica dos respectivos territórios. A integração dessas informações é o elemento fundante da organização de uma intervenção em favor da promoção e da proteção à saúde e da prevenção de agravos. A informação da Vigilância em Saúde é um bem público que necessita ser livremente disponibilizado e ser de fácil acesso a toda a sociedade.

É no território onde acontecem as relações de vida e trabalho, que a determinação social do processo saúde e doença, concepção fundamental da Saúde Coletiva e Medicina Social Latino-Americana, se operacionaliza por meio da organização dos serviços de saúde em redes de vigilância em saúde. Essas redes se configuram em ambientes participativos e intersetoriais que possibilitam um ciclo contínuo de compreensão das possibilidades de riscos e de resiliência de problemas relacionados à vigilância sanitária, epidemiológica, saúde ambiental e de saúde do trabalhador. O resultado desse processo se configura em elaborar um mapa de intervenção sobre os condicionantes, riscos e impactos à saúde.

Ao considerar aspectos de natureza econômica, social, ambiental, cultural, política e suas mediações, a Vigilância em Saúde amplia sua capacidade de identificar onde e como devem ser feitas as intervenções de maior impacto no território.

O conceito de território oferece uma possibilidade de observação das dinâmicas das situações de risco e das atividades humanas nele materializados, com uma historicidade e mobilidade intercambiada com cenários mais amplos e trajetórias da população e seus modos de reprodução, dadas por fluxos e configurações demográficas espacializadas relacionadas aos modos de desenvolvimento regionais.

Os casos e situações de risco, objetos concretos da vigilância, operam uma interconexão de territórios, estabelecendo redes de vigilância sanitária articuladoras das diferentes abordagens da Vigilância em Saúde. Têm, além da expressão local, uma configuração articulada com outros territórios, transpondo assim fronteiras de

determinado local, oferecendo e absorvendo informações da dinâmica de determinação, condicionamentos e nexos causais dos casos e situações de risco em foco.

O território na vigilância em saúde responde a interações interesaciais configuradas por problemas sanitários que conectam espacialmente distintos territórios, por fluxos de cadeias produtivas e distributivas de produtos de interesse sanitário e pela vigilância de situações de risco similares. Configuram redes de vigilância sanitária interconectadas e articuladoras das diferentes abordagens da Vigilância em Saúde.

A Vigilância em Saúde é responsável pela informação para a ação e intervenção que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde. Essa função essencial do Sistema Único de Saúde tem sido chamada a orientar sua ação considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades. Assim, é imperativo que a vigilância em saúde se reconheça na agenda da determinação social da saúde, trazendo para si a construção de conhecimentos e práticas transdisciplinares e transeitoriais.

Nessa direção, no alcance da agenda central das Nações Unidas para estabelecer, implementar e monitorar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para o período de 2015/2030³⁷, caberá à saúde “assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos, em todas as idades”, a partir da definição de um conjunto de metas que tornem factível o alcance do objetivo. Essas metas, em negociação, expressarão ações sobre os problemas de saúde que mais impactam a qualidade de vida e a carga de doenças de nossa população, atuando concomitantemente sobre os pilares econômicos, ambientais e sociais, expressados em seus 17 objetivos. A vigilância em saúde tem a oportunidade de assumir para si papel protagonista na Agenda 2030, colocando-a no centro de prioridades de sua política, sistemas, programas e ações.

Com base no direito constitucional à cidadania e à saúde por meio de políticas públicas a favor

³⁷ NAÇÕES UNIDAS. *Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13/10/2015. Disponível em <https://sustainabledevelopment.un.org>; disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.

da qualidade de vida, e, de acordo com os Princípios e Diretrizes do SUS, a Política Nacional de Vigilância em Saúde deve considerar no núcleo central de suas diretrizes as categorias e valores da determinação social

da saúde, da responsabilidade do Estado na regulação sanitária, da integralidade da rede de atenção, a intersectorialidade, o território, a participação da sociedade e o direito à informação. ■

Referências bibliográficas

ARAÚJO, I. S. As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue. In: *Comunicación y salud: un campo diverso y pujante*. Organicon, v.9, n. 16-17, p. 50-66. São Paulo, 2012.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. [tese]. São Paulo: Unicamp, 1975.

BRASIL (2017). *Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: https://sustainable-development.un.org/content/documents/15801Brazil_Portuguese.pdf

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em

BRASIL. 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. Diário Oficial da União, 1990, 20 set, p. 18.055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/dengue>. Acesso em 15/06/2017.

CARNEIRO, F. F. et al (Org.). *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Expressão Popular. Rio de Janeiro/São Paulo, 2015.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CEPAL. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2016: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los desafíos del financiamiento para el desarrollo*. Santiago, 2016.

CHOI, BCK. *The past, present, and future of Public Health Surveillance*. *Scientifica*, 2012. 2012:1–26. <https://doi.org/10.6064/2012/875253>.

Conferência Nacional de Saúde, 8. Brasília. *Relatório final*. 1986. Disponível

CÔRTEZ, S.V. (Org). *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DOCUMENTO Orientador da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias/2017/doc/documento_Orientador_1CNVS.pdf.

EDITORIAL. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 345-352, abr/jun, 2017. em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p.

FIGUEIRÓ, A.C.; SÓTER, A.P.; BRAGA C.; HARTZ, Z.M. de A.; SAMICO. I. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. *Ver. Bras. Saúde Materno Infantil*, 2010. 10: s 93–106. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500009>.

FREITAS, C. M.; SILVA, M.A. da; MENEZES, F. C. *O desastre na barragem de mineração da Samarco – fratura exposta dos limites do Brasil na redução de risco de desastres*. *Cienc. Cult.*, v.68 n. 3, São Paulo, jul/set, 2016.

MIRANDA, A. S. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 385-400, abr/jun, 2017.

NAÇÕES UNIDAS. *Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13/10/2015. Disponível em <https://>

sustainabledevelopment.un.org; disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>

NETTO, G.F.; VILLARDI, J.W.R.; MACHADO, J.M.H.; SOUSA M.S. de; BRITO, I.F.; ACOSTA, J.; OCKÉ-REIS, C.O.; FENNER A.L.D. *Vigilância em Saúde Brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017. No prelo.

ONU. Rio + 20. *O Futuro que Queremos*. Disponível em: www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/OFuturoqueQueremos_rascunho_zero.pdf.

PAIM, J.S. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes*. Anvisa/ISC-UFBA. Brasília, 28/3/2001.

PNUD, IPEA e Fundação João Pinheiro (2017). *Desenvolvimento humano para além das médias: A desigualdade comparada entre mulheres e homens, negros e brancos e populações rurais e urbanas no Brasil*. Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30025&Itemid=419.

PORTO, M.F. et al. *Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

RIGOTTO, RM. *Desenvolvimento, Ambiente e Saúde: implicações da (des)localização industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SANTOS, B. S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. *Reinventar Emancip. Soc. Para Novos Manif.*, vol. 1. São Paulo: Civilização Brasileira, 2009.

SANTOS, W. G. dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. *Cid. E Justiça Política Soc. Na Ordem Bras*. 1987. p. 89-89.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 7 (2): 7-28, 1998.

V CONFERÊNCIA Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Profissional. Relatório Final. Brasília, 2015.

PREVENTING disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. World Health Organization. France, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf.