
Texto para Debate

Cebes, Rio de Janeiro, setembro de 2024.

**SAÚDE ÚNICA OU UMA SÓ SAÚDE?
QUAIS AS QUESTÕES NO CONTEXTO BRASILEIRO?**

O objeto deste Texto para Debate é oferecer uma análise preliminar das implicações da Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024¹, e do Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024², que versam sobre “Uma Só Saúde”, a serem operacionalizados pelo Plano de Ação Conjunta, no contexto da Política de Saúde, ou seja, no âmbito da Saúde Coletiva brasileira

O objetivo é apresentar questões e reflexões que envolvem o tema e o modo como está sendo introduzida no Brasil a denominada “Uma Só Saúde” (tradução adaptada para a “*One Health*”), que, em nosso entendimento está desconsiderando o processo histórico-político-jurídico-institucional de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde no País, o capítulo da Constituição Federal de 1988 (CF/88)³ que trata do tema da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em processo de construção aberto, alicerçado em princípios constitucionais e diretrizes que possibilitam avançar da prevenção ao cuidado da saúde de modo integral e articulado, intersetorial e interdisciplinar e participativo nos territórios de vida e trabalho.

Assim, considerando a urgente necessidade de um debate consistente e baseados nos argumentos abaixo, iniciamos lembrando que o Direito à Saúde que esteve e está no centro do projeto político do Movimento Sanitário parte da matriz conceitual da saúde enquanto acumulação social e, portanto, é resultante da determinação social, econômica, ambiental e cultural, tal como consta do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que sistematizou e acumulou poder para inscrever, na CF/88, o Capítulo da Saúde constante nos arts. 196 a 200³.

O Capítulo da Saúde, em seu art. 196, abre o tema afirmando que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação³.

Além de prever direito, cidadania e responsabilidade do Estado para com a saúde, o artigo é claro ao afirmar que a saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doença e agravos, mostrando a associação direta da ausência de saúde com as desigualdades e a injustiça social, reafirmando a Determinação Social da Saúde (DSS). Por fim, esse artigo lança as bases para a outra condição que complementa a conquista da saúde, que é o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação.

As diretrizes organizacionais do SUS são apresentadas nos artigos subsequentes e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990)^{4,5}, cuja implementação se deu pelas diversas Normas Operacionais e outros dispositivos. Para seu aperfeiçoamento às necessidades da população e garantia da participação social, o SUS contou com diversas CNS e com princípios e diretrizes para orientar a sua estruturação e funcionamento.

Para essa construção ética, política e técnica, tem havido uma grande mobilização nacional de profissionais e pesquisadores de diversos campos científicos da saúde. Enquanto fóruns populares, as conferências conferem ao processo democrático a capacidade de construir um SUS para enfrentar as enormes iniquidades em saúde no país continental caracterizado por profundas desigualdades.

No ano de 2024, observa-se, no contexto brasileiro, um processo que está direcionado à implantação de um “Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde”, termo criado para o que vem sendo chamado em inglês de *One Health* (Saúde Única). Consideramos que esse processo definitivamente não condiz com a saúde constitucional alcançada pelos brasileiros, muito menos com o processo de construção e consolidação do SUS.

Inicialmente, foi a Lei nº 14.792/2004¹, que institui o Dia Nacional da Saúde Única, a ser celebrado, anualmente, no dia 3 de novembro, com o objetivo de conscientizar a sociedade sobre a relação indissociável entre as saúdes animal, humana e ambiental. A despeito de alienar o conceito da determinação econômica e social da saúde constante na CF/88³, consideramos tal enunciado descontextualizado, reducionista e simplista.

Posteriormente, o Decreto nº 12.007/2004² foi publicado com o objetivo de instituir o “Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde” de caráter consultivo e permanente, que tem como objetivo elaborar e apoiar a implementação do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde.

Esse decreto não se refere à CF/88, tampouco ao SUS, mas menciona genericamente um “Plano” sem apontar a base política e legal de sua institucionalidade. Uma leitura mais acurada deixa clara uma

negação do texto da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde. É importante pontuar que a intersetorialidade convocada para a saúde na CF/88 e o próprio SUS, por sua estrutura abrangente da assistência à vigilância, reforçados pelo princípio da integralidade, poderiam sustentar as questões candentes apresentadas pelos defensores da *One Health* para as doenças zoonóticas. Na verdade, o SUS só não avançou suficientemente nessa seara porque os próprios defensores dessa proposição sempre fizeram questão de se manter apartados – haja vista, por exemplo, o modelo de controle vetorial, inalterado e mantido politicamente de modo coeso com a adesão dos fóruns técnico-científicos daqueles que trabalham com doenças transmissíveis. Nada mais antiecológico, antiambiental e contra a saúde animal e vegetal do que o uso de agrotóxicos, tratados eufemisticamente como “insumos químicos”, sem considerar os danos para o ambiente e para os agentes biológicos não alvo, incluindo o ser humano.

A proposição da *One Health* não é nova, nasceu nos Estados Unidos da América (EUA), local que nunca teve uma política pública de saúde para atender os cidadãos do país, enfrentar as iniquidades existentes, persistentes e atuar na prevenção a partir de uma abordagem integrada e coletiva⁶.

No Brasil, na década de 1970, o campo da Saúde Coletiva fez, com densidade e profundidade, a crítica ao preventivismo, de origem estadunidense, com base no indivíduo. Esse preventivismo aportava entendimento da causalidade em saúde fundamentado na História Natural da Doença do modelo Leavell e Clark (triangulação agente-hospedeiro-ambiente), igualmente superado no Brasil por uma compreensão mais abrangente, sistêmica, interdisciplinar, integrada, intercultural, decolonial e de garantia dos direitos humanos do qual a saúde, o trabalho, o ambiente, a segurança alimentar, a educação, entre outros, o compõem. A saúde é produto da acumulação social, ou seja, a determinação socioambiental e econômica da saúde sobejamente evidenciada em todos os cenários, incluindo os impactos atualmente observados das profundas transformações climáticas sobre os mares, biomas, biosfera, na informação, na experiência humana incluindo as doenças .

Conforme relatório do United Nations Environment Programme (UNEP)⁷, de 2016, as fontes primárias de doenças zoonóticas são: 31% decorrentes do uso da Terra; 15% da agroindústria; 11% da indústria médica; 3% das carnes de animais silvestres; 3% do colapso do sistema de saúde pública – a maioria das vezes propositalmente por interesses comerciais ou políticos, como vimos acontecer no Brasil durante a pandemia de covid-19 com apoio de entidade médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a maioria dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

A proposição *One Health* (Saúde Única)¹ que inspira “Uma Só Saúde”² já existe de longa data nos EUA e sofre críticas fundamentadas em seu próprio território. A retomada dessa proposição em nível de outros Organismos Internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e Organização Panamericana da Saúde (Opas), vem no rastro da pandemia de covid-19, que é inicialmente de origem zoonótica, porém, com enormes implicações socioambientais em seu processo de determinação.

Outras zoonoses prévias à covid-19 também produziram epidemias no século XXI. Os críticos da *One Health* mostram claramente que essas zoonoses surgiram fundamentalmente pelo modelo capitalista produtivo devastador do ambiente, como o desflorestamento, a desertificação, a perda de biodiversidade, que, no Brasil, se deve ao modelo do agronegócio baseado na produção de *commodities* agrícolas químico-dependentes e transgênicas, e de proteína animal para exportação. Para tais questões, o setor do agronegócio, representado no comitê instituído por esse decreto presidencial, a exemplo do Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa) e da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), certamente não trará contribuições de solução a partir de mudanças no sistema agroexportador nem no modelo de produção dessas *commodities*. Inclusive mostrando sua força política, no mês de julho, a CTNbio aprovou uma nova variedade de soja transgênica resistente a quatro herbicidas, mostrando que o País continua na trilha da insustentabilidade.

Os graves problemas sanitários decorrentes das mudanças climáticas também exigem medidas de mitigação e adaptativas que requerem transformações que contrariam o histórico posicionamento do setor agrário brasileiro, que se recusa a apoiar uma política de redução do uso de agrotóxicos no Brasil e permanece firme contra uma transição tecnológica em direção da agroecologia, a exemplo do adiamento do lançamento do Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara) em julho de 2024. Isso coloca dúvidas sobre o que, de fato, esses setores irão trazer de contribuição para “Uma Só Saúde”, uma vez que negam e ignoram as evidências científicas de danos à saúde e ao meio ambiente pelo modelo hegemônico de produção de *commodities* agrícolas e minerais que devastam o ambiente e os territórios de povos tradicionais, indígenas, ribeirinhos e camponeses.

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais (Ibama) perderam sua condição de órgão regulador dos agrotóxicos (produtos e serviços), concentrando poder no Mapa. Os temas sanitários relacionados com os animais, destinados à alimentação, são afetos ao Mapa, ministério que, historicamente, tem conflitos com o setor

saúde e ambiental. Sempre que há demandas para ampliar a regulação e a fiscalização quanto aos aspectos preventivos que afetam a saúde humana e a biodiversidade, como a questão da mortandade de abelhas e desaparecimento de espécie, eles se posicionam de forma contrária.

No contexto do sistema de saúde, cujos interesses serão atingidos sob a mira da “Uma só Saúde”, o Brasil tem um SUS universal e territorializado, que historicamente vem sofrendo restrições orçamentárias, mas que tem resistido e demonstrado sua importância em períodos sanitários críticos, como o foi na pandemia de covid-19.

A imposição dessa política e sua incompatibilidade com a construção ou consolidação do SUS parecem claras aos que atuam no controle social da saúde. Nesse sentido, é importante ressaltar que, na recente 17ª CNS realizada em julho de 2023, a “Uma só Saúde” não foi pautada como tese a ser debatida.

Retomando, preocupa que, na composição desse Comitê, há ausências que chamam atenção ante os atores fundamentais para a construção permanente do direito à saúde e do SUS, tais como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Meio Ambiente (Conama), o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) – sem considerar a ausência das entidades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), envolvendo os campos das ciências da terra, biomédico e das ciências sociais. Pelas especificidades, as entidades representativas da Saúde Coletiva, tais como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e da Agroecologia, como a Associação Brasileira de Agroecologia (ABA), e os dos territórios de populações vulneráveis como o Grupo da Terra já instituído de modo interministerial. Entretanto, está presente uma excessiva participação corporativa e empresarial.

Assim, o Cebes vê-se chamado a refletir sobre essas questões, provocando o debate no contexto do pensamento crítico que sempre fundamentou nossas construções de posicionamentos e ações.

Contextualização da chegada da proposição *One Health* no Brasil que desconsidera a histórica construção do direito à saúde e do SUS e seus desafios para enfrentar iniquidades e injustiças socioambientais que participam da complexa determinação da saúde, tanto para os agravos e as doenças transmissíveis, crônicas, acidentárias, da violência, mentais, quanto das mudanças climáticas, entre outras, de nossa contemporaneidade.

A interconexão entre saúde ambiental, animal e humana já foi debatida em diferentes perspectivas ao longo da história, mas recentemente ganhou força o conceito de *One Health*⁸. Esta é definida pela OMS como uma abordagem integrada e unificadora para equilibrar e otimizar a saúde das pessoas,

animais e do ambiente, sendo particularmente importante para prevenir, prever, detectar e responder a ameaças à saúde global, como a covid-19.

A abordagem de *One Health* foi adotada e é promovida por diferentes organizações do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), por exemplo, a FAO, circulando nos meios científicos próximos a essas entidades pelo menos desde o início deste século⁹. No contexto da OMS, ela surgiu em 2008 com o documento “One World, One Health”, voltado especialmente para ações que integrassem saúde humana, animal e ambiental no contexto das zoonoses¹⁰.

O conceito ganhou relevância nos últimos anos no contexto da emergência da resistência antimicrobiana, especificamente aos antibióticos, dado que a maior parte do consumo de antibióticos se dá na agricultura e na pecuária, selecionando bactérias resistentes com potencial de provocar, em seres humanos, infecções que não respondem aos antibióticos existentes e disponíveis.

Mais recentemente, com a pandemia de covid-19, o conceito de *One Health* ganhou ainda mais relevância, particularmente no contexto do Tratado de Pandemias. Desde o início das negociações, a abordagem de *One Health* foi incluída de forma central para o novo instrumento, no entanto, esse processo gerou críticas, notadamente de países do Sul Global.

A abordagem de *One Health* adotada nas minutas do Tratado de Pandemias, especialmente a partir da agenda política do bloco europeu, buscou responsabilizar igualmente os países por coletar informações sobre condições ambientais, de saúde animal e humana de seu território e compartilhá-las com a OMS, produzindo um banco de informações acessível ao mundo.

A resistência dos países se apoiou no aspecto econômico relacionado com essa abordagem proposta já que os países do Sul Global teriam de investir seus próprios recursos em mecanismos de vigilância em saúde e compartilhar os resultados com o resto dos países sem retribuição. Tais informações, no entanto, poderiam ser usadas livremente para desenvolvimento de tecnologias, sendo apropriadas pela indústria, principalmente farmacêutica, que protege suas inovações por intermédio de mecanismos de propriedade intelectual, cobrando altos preços para os mesmos países que forneceram os dados que permitiram sua criação.

No contexto brasileiro, o conceito de *One Health*, particularmente antes com a tradução Saúde Única e agora formalizada como “Uma Só Saúde”, figura em diferentes espaços institucionais, como o plano da Anvisa de enfrentamento da resistência aos antimicrobianos¹¹ e, mais recentemente, na lei e no

decreto aqui analisados. Além disso, nota-se um grande volume de artigos acadêmicos que se valem dessa perspectiva, especificamente no campo da medicina veterinária.

No governo de ultradireita de Bolsonaro, o SUS foi tomado por políticos e políticas que rejeitaram a organização social dos mecanismos de controle e participação democrática direta. Com esse primeiro passo, profissionais engajados em políticas reacionárias em relação à pauta de costumes, negacionistas dos câmbios climáticos e claramente afinados aos princípios neoliberais foram colocados em posição de mando.

Esse período foi marcado pelo negacionismo de conquistas científicas e sociais que levou ao descontrole da pandemia de covid-19 com mortalidade hoje estimada em mais de 1 milhão de vidas de brasileiros desprotegidos por medidas medicamentosas ineficazes, propagação de métodos e efeitos epidemiológicos falsos, como a imunidade de rebanho, a aceitação de que crianças e idosos deveriam morrer para que a sociedade atingisse um nível suposto de resistência ao vírus, além do retardo na compra, produção, oferta e negação do efeito de vacinas quando disponíveis.

O SUS foi atacado em seus fundamentos sociais, científicos e políticos por dentro, com quadros técnicos com explícita incompetência e impunidade garantida pelo apoio e conluio de organizações como Conselhos de Classe, com o destacado papel político de adesão e apoio às medidas eugenistas, fascistas e anticientíficas do CFM .

Tratou-se de uma nefasta articulação de políticas de Estado contrárias à organização política direta dos trabalhadores para preservar a saúde e a vida. Os Poderes Judiciário e Legislativo exerceram, nesses períodos, ações destrutivas sobre o sistema social de promoção e atenção à saúde.

Agravaram-se as dificuldades de articular ações de governo em diferentes setores para promover e restaurar a saúde. O que antes eram ações desarticuladas, desfinanciadas e politicamente pouco impactantes dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, passaram a ser associadas com a destruição da infraestrutura federal, estendendo o desmonte a estados e municípios incentivados a terceirizar e a vender territórios de prestação de serviços.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável teve, como uma de suas consequências, a formulação desenvolvimentista alheia ao mundo do trabalho, dos movimentos sociais e dos territórios vulneráveis onde vivem as populações das periferias urbanas, do campo, das florestas e das águas.

Essa “Agenda”, assim como outras, vem rebaixando as questões de classe social, de relações de trabalho e de expropriação da natureza, deixando de considerar a tríade processo produtivo/trabalho, ambiente e saúde na DSS.

A banalização das situações de perigo e de risco à saúde dos trabalhadores e da população vulnerabilizada não comove a sociedade geral, pois predominam outros modos de noticiar os fatos, e as consequências sociais ficam sem reparação e responsabilização. Passam a prevalecer a culpabilização das vítimas e nenhuma ação de prevenção, como estamos assistindo na precarização do trabalho, na intensificação da desterritorialização indígena e nos ataques a comunidades camponesas e tradicionais com a pulverização aérea de agrotóxicos.

A “produção mais limpa e sustentável” não é decidida nos fóruns nos quais os trabalhadores estariam representados nem nos processos de licenciamento ambiental com as populações que vivem e trabalham nos territórios de implantação de empreendimentos nocivos de alto risco.

As decisões sobre sustentabilidade ambiental e do trabalho seguem as leis do dinheiro, e os frutos são apropriados desigualmente de forma iníqua. O bônus fica para os ricos, e o ônus, para os pobres. Os prejuízos ambientais, sociais e sanitários são externalizados e continuam socializados, enquanto o capital produtor de poluição de danos ambientais é desonerado, como vemos com os agrotóxicos, livres de tributação no processo de produção e comercialização. Claramente, no Brasil, temos o racismo estrutural vinculado à classe social e à injustiça ambiental que agrava a determinação socioambiental da saúde e, portanto, o quadro epidemiológico e as eventuais epidemias que nunca são apenas causadas de modo isolado por um agente transmissível, como vimos na covid-19.

Saúde Única: divergências conceituais e metodológicas com o campo da Saúde Coletiva

Em 2022, foi eleito um governo de coalizão democrática com esquerda e centro-direita. Foi derrotada a ultradireita neoliberal, associada com fascistas e neonazistas. Um dos enunciados políticos do novo governo foi a agenda de compromissos internacionais com a defesa do ambiente.

Entretanto, em relação ao Decreto nº 12.007/2024², salta aos olhos que a linguagem dos textos normativos legais sobre a biodiversidade deixou de lado ou substituiu a preocupação Constitucional e Legal do SUS com a democracia participativa direta e a DSS.

Fica tipificada essa substituição pela exclusão ou nomeação, ainda que em caráter acessório, do Conselho Nacional de Saúde na composição do referido Comitê. Desse modo, fica equivocadamente subentendido que o monitoramento epidemiológico, sanitário e dos órgãos de controle do exercício profissional seria suficiente e capaz de promover a saúde humana, animal, vegetal e ambiental.

Isto acontece em um contexto de grave investida dos setores conservadores e reacionários, especialmente no parlamento brasileiro e da reconstrução do desmonte produzido na gestão do governo anterior, que se reflete na gestão pública atual, agudizando conflitos internos na definição de prioridades, hierarquias entre questões e políticas sociais, como saúde e educação, subordinando-as às políticas econômicas.

A fundamentação das relações entre a população humana e dos outros animais e seres vivos do planeta Terra como interdependentes é óbvia, e nunca houve negação desse fato na compreensão explicativa do modelo da determinação socioambiental da saúde. Contudo, essas relações devem ser contextualizadas em sua complexidade, e não de forma absoluta e simplista.

Como dito, nas considerações iniciais, a tônica do One Health cresceu em argumentos com o reaparecimento de zoonoses e o aumento ou reincidência de antigas infecções negligenciadas, como a “varíola dos macacos”, a “febre do oeste do rio Nilo”, e outras zoonoses, incluindo o risco da reemergência da peste pelo degelo da capa da Tundra na Sibéria, onde antigos cemitérios de animais e de humanos são arrastados pelo degelo, trazido das profundezas da terra para as águas e para o renovado contato com humanos expostos e transportadores.

A Saúde Única aponta, com evidências científicas, a interdependência entre seres vivos no que se convencionou chamar de “biosfera”, mas se omite e simplifica quando não faz qualquer referência à forma como a ação humana (antrópica) desestrutura os ecossistemas, destrói a biodiversidade e provoca a emergência de doenças infecciosas e as mudanças climáticas. Em virtude dessa abordagem, suas soluções e propostas estão distantes do impacto necessário sobre as urgências sanitárias e climáticas.

A proposta de Saúde Única vem sendo nutrida e articulada em instituições multilaterais – FAO, WHO/OMS, PAHO/Opas – consoante à evolução conceitual entre as disciplinas preocupadas com a interação humana com animais, vegetais, e tendo como enfoque as zoonoses novas ou reemergentes. A partir de 2008, organizações internacionais apontaram riscos das zoonoses que retomam a condição de emergentes e o surgimento de novas zoonoses, como a de covid-19, alertando preocupação para a segurança alimentar e para a segurança do comércio internacional^{8,10,12-18}.

É interessante observar que a FAO, a WHO/OMS, a PAHO/Opas, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a London School of Hygiene e cooperantes doutores e estagiários latino-americanos não incluíram nas explicações e se mantiveram mudos em relação às guerras coloniais e à pirataria mineral, aquática e alimentar.

As observações sobre transdisciplinaridade ficam em decorrência do fato de os formuladores desse conceito, a partir de 2008, serem profissionais de veterinária, microbiologia, virologia, meteorologia, climatologia, com doutorados brasileiros e internacionais em saúde pública e epidemiologia, que no Brasil, reúnem-se no campo da Medicina Tropical, atualmente pouco sintonizados com a Saúde Coletiva, as políticas de saúde, as iniquidades sociais, os interesses coletivos e os esforços para atuar nos processos da determinação socioambiental das doenças, restringindo-se, na maioria das vezes, ao agente infeccioso e às intervenções biotecnológicas.

A evolução da temática no período de 2008 a 2024 está marcada por alguma tentativa de reformular políticas de saúde com um conceito de saúde igualmente reformulado, que pretende substituir ou retomar o conceito de saúde que exclui em sua abordagem as disciplinas do campo social que apontam a determinação da saúde como resultante da exploração humana da natureza. Um discurso que favorece as sociedades antidemocráticas e autoritárias do capitalismo predatório, do neocolonialismo pirata moderno, das guerras por crises econômicas dos polos da hegemonia da riqueza mundial, uma vez que, de pronto, o decreto que pretende operacionalizar esse “Plano” no Brasil exclui precisamente os conselhos e os setores da sociedade mais atuantes na perspectiva da política de saúde em suas características da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e do controle social.

O discurso instituído pela “Uma Só Saúde” coloca o nível do mundo dos homens, dos animais, dos vegetais e do contexto biológico em um só plano, sem considerar o biopoder e a biopolítica existente nas relações sociedade-natureza e capital-trabalho.

De modo superficial e até oportunista, alguns autores defensores da “Uma Só Saúde” argumentam, quando questionados, que “a abordagem anterior não estava funcionando”. De qual abordagem anterior falam? É bem provável que acreditem que democracia e saúde não são a chave da determinação social da vida humana no planeta. Desconsideram os avanços do SUS em termos de universalização do acesso e de mudança dos modelos de saúde, fugindo do modelo biomédico. Nesse sentido, é mister reconhecer que se trata de um país em que, há poucas décadas, antes de sua institucionalidade, não restava ao pobre a assistência de caridade e aos trabalhadores, apenas os formais, o acesso à previdência social.

Ignoram que a transdisciplinaridade não ocorre porque nunca foi vencida a competição entre as políticas de diferentes órgãos, ministérios, institutos e agências que não estão afetos à intersectorialidade. Há muitas experiências locais que demonstram a efetividade das ações integradas, intersectoriais e interdisciplinares, não há dúvida disso, mas falta a vontade política de fazê-las e de sustentá-las mesmo quando foram instituídas por pares distintos dos seus no campo da gestão pública. Não existe ônus para a inação pública, para o desperdício de recursos e de tempo na efetivação das ações em todos os setores – e mesmo a prática de desmontar o que está no âmbito público indo bem para justificar a privatização.

Os setores da Educação, Minas e Energia e Agricultura têm se mostrado resistente em desenvolver políticas integradas como as de Saúde dos Trabalhadores, de Vigilância das Populações Expostas aos agrotóxicos, na Saúde Indígena, na Vigilância da Qualidade da Água, do Solo e do Ar, da Agricultura Familiar, entre outras.

Parece-nos um retrocesso substituir as políticas de Saúde Pública, pautadas pelos conceitos do campo da Saúde Coletiva, apenas pelo olhar do controle de zoonoses, das “boas práticas de laboratório”, do “uso de drones” e de “gadgets”, dispensando a epidemiologia crítica e social, as ciências sociais e humanas, a ecologia política entre outros campos disciplinares que tão bem foram amalgamados no confronto da realidade contemporânea, que, a partir da metade do século XX, evidenciaram como as nocividades decorrentes da exploração social e da natureza afetam a saúde de modo interdependente e estão a produzir novas crises sanitárias ainda mais complexas.

Para nossa reflexão, deixamos questões abertas que requerem não respostas, mas novas questões para a prevenção e o cuidado da saúde na perspectiva da superação de suas iniquidades:

1. Quais os referenciais teórico-conceituais e sob que paradigma se fundamenta a racionalidade científica da Saúde Única no Brasil?
2. Qual a relação da Saúde Única com a determinação econômica, ambiental e social da saúde e o que esta traz de inovação para a saúde coletiva?
3. Quais são os princípios e fundamentos da Saúde Única no Brasil e como explicitam a defesa do direito universal da população humana à saúde e fortalecimento do SUS público, estatal, integral, universal e de qualidade?

4. A partir da implementação da Saúde Unica, que necessárias mudanças nas políticas agrícolas e ambientais irão garantir manutenção de biomas, controle na degradação do meio ambiente e preservação da vida?
5. Como avançar na compreensão dos problemas de saúde, superando abordagens simplistas que não considerem os contextos complexos nem problematizem as limitações das pesquisas biomédicas, quando apenas centradas em escalas e relações econômicas, como as de custo-benefício?
6. Como garantir a participação social e as abordagens metodológicas investigativas para a compreensão e o enfrentamento dos impactos à saúde e ao ambiente, aos quais os interesses de setores produtivos trazem passivos socioambientais, como a questão das contaminações químicas, poluição do ar, precarização do trabalho, desastres ampliados, perda de biodiversidade, desflorestamento, desertificação, entre outras, em que as novas pandemias a elas estão associadas?

O Cebes acredita que democracia é saúde, e que a saúde e a vida humana na Terra são processos socioambientais historicamente determinados e cada vez mais mediados pelos modos de produzir, trabalhar, consumir, valorar a natureza e de se relacionar com as dimensões culturais das subjetividades, da política, da cultura e das artes. Atuar com base nesses princípios implica intervir no biopoder e na biopolítica, no comando das políticas institucionais de saúde pública subordinadas ao Controle Social e com base nos pressupostos da Saúde Coletiva e da determinação econômica e social da saúde. Com esse espírito, o Cebes apresenta este texto para um debate consequente e coerente aos princípios e às bases da Reforma Sanitária.

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024. Institui o Dia Nacional da Saúde Única. 2024. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF; 2024 Jan 8 [acesso em 2024 set 9]; Edição 5; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14792.htm
2. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024. Institui o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF; 2024 Abr 26 [acesso em 2024 set 9]; Edição 81; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12007.htm
3. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF; 1988 Out 5 [acesso em 2024 set 9]; Edição 191-A; Seção I:1-32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
4. Presidência da República (BR). 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 [Internet], Brasília, DF; 1990 Set 20 [acesso 2024 set 9]; Edição 182; Seção I:18055-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
5. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 Dez 31 [acesso 2020 set 14]; Edição 249; Seção I:25694-25695. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
6. Wallace RG, Bergmann L, Kock R, et al. The dawn of Structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital. *Soc Sci Med*. 2015;129:68-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.047>
7. United Nations Environment Programme. UNEP Frontiers 2016 Report: Emerging Issues of Environmental Concern [Internet]. Nairobi: UNEP; 2016 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.unep.org/resources/frontiers-2016-emerging-issues-environmental-concern>
8. Lerner H, Berg C. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? *Infect Ecol Epidemiol*. 2015;5:25300. DOI: <https://doi.org/10.3402/iee.v5.25300>
9. Nabarro D. One World, One Health. *IAEA Bull* [Internet]. 2009 [acesso em 2024 set 9];51(1):27-31. Disponível em: <https://www.iaea.org/bulletin>

10. World Health Organization. Integrated control of neglected zoonotic diseases in Africa: Applying the “One Health” concept. Report of a Joint WHO/EU/ILRI/DBL/FAO/OIE/AU Meeting ILRI Headquarters, Nairobi, 13-15 November 2007 [Internet]. Nairobi, Kenya: WHO; 2009 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10568/3378>
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. PAN-Serviços de Saúde: Plano Nacional para Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/pnpciras-e-pan-servicos-de-saude/pan-servicos-de-saude-2023-2027-final-15-12-2023.pdf>
12. Reynolds MG, Doty JB, McCollum AM, et al. Monkeypox re-emergence in Africa: a call to expand the concept and practice of One Health. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2019;17(2):129-139. DOI: <https://doi.org/10.1080/14787210.2019.1567330>
13. Schneider M, Munoz-Zanzi C, Min K, et al. “One Health” From concept to application in the Global World. In: *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* [Internet]. Oxford: oxford university press; 2019 abr 26 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://oxfordre.com/publichealth/display/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-29>
14. Cantas L, Suer K. Review: the important bacterial zoonoses in “one health” concept. *Front Public Health.* 2014;2:144. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00144>
15. Prata JC, Ribeiro AI, Rocha-Santos T. Chapter 1 – An introduction to the concept of One Health. In: Prata JC, Ribeiro AI, Rocha-Santos T, editors. *One Health.* Cambridge: Academic Press; 2022. p. 1-31.
16. Pettan-Brewer C, Martins AF, Abreu DPB, et al. From the approach to the concept: One Health in Latin America-Experiences and Perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Front Public Health.* 2021;9:687110. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687110>
17. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, et al. The One Health Concept: 10 years old and a long road ahead. *Front Vet Sci.* 2018;5:14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00014>
18. Laing G, Vigilato MAN, Cleaveland S, et al. One Health for neglected tropical diseases. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2021;115(2):182-184. DOI: <https://doi.org/10.1093/trstmh/traa117>
19. Minayo MCS. Determinação social, não! Por quê? *Cad Saúde Pública.* 2021;37(12):e00010721. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>
20. Carneiro LA, Pettan-Brewer C. One Health: conceito, história e questões relacionadas – revisão e reflexão. In: Miranda AMM. *Pesquisa em Saúde & Ambiente na Amazônia: perspectivas para sustentabilidade humana e ambiental na região* [Internet]. Guarujá: Científica Digital; 2021 [acesso em 2024 set 9]. p. 219-240. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210504857.pdf>