

MARCELO FERREIRA CHAGAS

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO PROMOTORA DE SAÚDE:
da Complexidade à Equidade**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Manuel Cesario

**FRANCA
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCELO FERREIRA CHAGAS

VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO PROMOTORA DE SAÚDE:
da Complexidade à Equidade

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Presidente: Prof. Dr. Manuel Cesario
Universidade de Franca

Titular 1: Prof. Dr. Fernando Dias de Ávila Pires
FIOCRUZ/UFSC

Titular 2: Profa. Dra. Wilza Vieira Villela
Universidade de Franca

FRANCA, 11/03/2010

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

C424v	<p>Chagas, Marcelo Ferreira</p> <p>A vigilância sanitária como atividade promotora de saúde : da complexidade à equidade / Marcelo Ferreira Chagas ; orientador: Manuel Cesario. – 2010</p> <p>110 f. : 30 cm.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca</p> <p>Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de</p>
Saúde	<p>1. Promoção de saúde – Vigilância sanitária. 2. Vigilância sanitária – Complexidade. 3. Vigilância sanitária – Equidade. I. Universidade de Franca. II. Título.</p> <p>CDU – 614.31</p>

DEDICO este trabalho à minha querida Isamara e aos meus filhos, Júlia e Thiago, companheiros do meu caminho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas possibilidades que a vida tem me proporcionado de crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal;

Aos meus amigos, minha família, meus pais, Thomaz e Mariângela, de quem herdei principalmente correção e idoneidade, ética, responsabilidade e gosto pelos estudos;

Ao meu orientador, Professor Manuel Cesario, e a Raquel Rangel Cesario (co-orientadora informal), pela paciência e acompanhamento na elaboração deste texto;

À Profa. Dra. Wilza Vieira Villela (UNIFRAN/USP) e ao Prof. Dr. Fernando Dias de Ávila Pires (FIOCRUZ/UFSC), pelas importantes intervenções e sugestões na qualificação e na Defesa, que proporcionaram importante redirecionamento do trabalho;

Aos amigos e docentes do curso de Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, que me deram embasamento para produzir a dissertação;

À Ana Célia P. da Silva, Mirian M. Cohen e Grácia Gondin, do Curso de Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária da EAD/FIOCRUZ/ENSP, pelas importantes atualizações na fase final;

A todos os autores citados no trabalho, dos quais utilizei muitos conhecimentos para elaboração de um referencial teórico que possa ser útil para outros;

A todas as pessoas que participaram, direta ou indiretamente, da minha trajetória.

RESUMO

CHAGAS, Marcelo Ferreira. **A Vigilância Sanitária como atividade promotora de saúde:** da complexidade à equidade. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

Este trabalho teve por objetivo construir um referencial teórico que propicie à Vigilância Sanitária ampliar sua atuação como atividade de Promoção de Saúde. Utilizou-se Metodologia Qualitativa com abordagem exploratória, com ênfase na pesquisa bibliográfica, para reunir o pensamento de vários autores sobre temas que muitas vezes estavam dispersos e analisados isoladamente. Estes foram reunidos de forma coerente e integrativa, expondo a aproximação da Vigilância Sanitária com as ações de Promoção de Saúde. Através de uma triangulação de dados, fontes de informação e formas de análise foram elaboradas descrições, identificações e análises tanto da ‘Vigilância Sanitária’ como da ‘Promoção de Saúde’. Utilizou-se, também, de conceitos como ‘abordagem ecossistêmica em saúde’, ‘equidade’ e ‘complexidade’ para explorar as possibilidades de que a ‘Vigilância Sanitária’, encarada como sistema complexo e transdisciplinar, possa ampliar suas potencialidades, incluindo a participação social e a equidade, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Promoção de Saúde; Complexidade; Equidade.

ABSTRACT

CHAGAS, Marcelo Ferreira. **Sanitary Surveillance as a health promoting activity: from complexity to equity.** 2010. 110p. Dissertation (Masters on Health Promotion) – University of Franca, Franca-SP, Brazil.

This work was aimed at building a theoretical basis to allow ‘Sanitary Surveillance’ to enlarge its horizons in order to act as a health promoting activity. Qualitative methodology with an exploratory approach was used, emphasized by bibliographic search, to gather the thoughts of various authors, which were, mostly, disperse and disconnectedly assessed. These works were bound in a coherent and integrative manner, unveiling the proximity between ‘Sanitary Surveillance’ and ‘Health Promotion’. Descriptions, identifications and assessments of both ‘Sanitary Surveillance’ and ‘Health Promotion’ were achieved through a triangulation of data, of sources of information and of ways of assessment. Concepts such as ‘ecosystem health approach’, ‘equity’ and ‘complexity’ were also used to explore the possibilities of ‘Sanitary Surveillance’, regarded as a complex and transdisciplinary system, to encompass social participation and equity when fostering peoples’ quality of life.

Key words: Sanitary Surveillance; Health Promotion; Complexity; Equity.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	OBJETIVOS.....	11
1.1.1	Objetivo Geral.....	11
1.1.2	Objetivos Específicos.....	11
1.2	METODOLOGIA.....	11
1.2.1	Considerações sobre Metodologia Qualitativa.....	14
2	A VIGILÂNCIA SANITÁRIA	20
2.1	CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E PODER DE POLÍCIA.....	22
2.2	REGULAÇÃO SANITÁRIA.....	27
2.3	ÉTICA E CIDADANIA.....	30
2.4	INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	32
2.5	DESCENTRALIZAÇÃO, POLÍTICAS PÚBLICAS E ECONOMIA.....	35
2.6	RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.....	38
3	A PROMOÇÃO DE SAÚDE	42
3.1	INTERSETORIALIDADE.....	47
3.2	PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	49
3.3	REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	53
3.4	ADVOCACY.....	58
3.5	PREVENÇÃO E PROMOÇÃO.....	59
3.6	EQUIDADE.....	63
4	AMBIENTES SAUDÁVEIS	70
4.1	DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE.....	75
4.2	TRANSDISCIPLINARIDADE.....	80
5	UM CONCEITO AMPLIADO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	83
6	VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DA COMPLEXIDADE À EQUIDADE	92
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
8	REFERÊNCIAS	104

1. INTRODUÇÃO

“Em vez de ser uma máquina, a natureza como um todo se revela, em última análise, mais parecida com a natureza humana — imprevisível, sensível ao mundo circunvizinho, influenciada por pequenas flutuações. Consequentemente, a maneira apropriada de nos aproximarmos da natureza para aprender acerca da sua complexidade e da sua beleza não é por meio da dominação e do controle, mas sim, por meio do respeito, da cooperação e do diálogo” (Capra, 1995).

As práticas sanitárias, circunscritas ao campo de atuação que vem sendo denominado no Brasil de Vigilância Sanitária (VISA), começam seu delineamento praticamente junto com a história da Saúde Pública, embora a afirmação de um conceito para este campo tenha se formalizado, no âmbito jurídico, apenas no texto da Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990):

Art. 6º.[...] § 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

As economias mais desenvolvidas – desde o século XIX, mas, principalmente, nas primeiras décadas do século XX – estabeleceram leis, criando órgãos e outros mecanismos para implementá-las e para controlar a produção e a comercialização de bens e serviços com potencial de risco à saúde pública. Frutos de construções sociais específicas de cada país, estas instituições modelaram-se ao longo da história em função de adequações aos sistemas produtivos, à realidade social e às culturas. Além da regulamentação das categorias profissionais que trabalhavam na área da saúde, foram enquadradas em legislação especial, de cunho sanitário, a produção e distribuição de medicamentos, alimentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes domiciliares, dispositivos e aparelhos de uso médico, odontológico, hospitalar e laboratorial, bem como os serviços que interferem com a saúde das pessoas. Nascia, assim, outro campo de promoção e prevenção dentro do espaço da saúde

pública, o qual cuidaria da regulamentação e controle sanitários de produtos e serviços, correspondendo ao que chamamos de vigilância sanitária. Desse modo, embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é filha da revolução industrial e assume diferentes conformações em cada lugar, em função de valores culturais, políticos e econômicos, bastante relacionados com a divisão internacional do trabalho, pois o grau de desenvolvimento tecnológico da produção determina funções diferenciadas para a regulação nessa área (LUCCHESI, 2001a).

A Vigilância Sanitária está obrigada a atuar segundo a lei. Neste sentido seus agentes atuam sobre a sociedade, valendo-se de normas para constranger comportamentos considerados inadequados. Pensam e agem segundo regras, valendo-se do poder do Estado. Em muitos casos, não há como fugir da responsabilidade: a Vigilância Sanitária está obrigada a exercer controle sobre a sociedade. Impor limites aos produtores. Multar. Fiscalizar. Fechar estabelecimentos etc.: o problema estaria em reduzir a Vigilância a apenas esta dimensão: “Agir segundo regras”, no exercício rigoroso de controle sobre setores da sociedade (CAMPOS, 2001).

Como colocou Campos (2001), a Vigilância Sanitária muitas vezes tem predominância de sua atuação no exercício rigoroso de “Comando e Controle”. Possui um campo de atuação bastante amplo que envolve vários atores sociais, como o poder público, população, trabalhadores da saúde, iniciativa privada, prestadores de serviços, técnicos, especialistas, e estabelecimentos comerciais, entre outros. Esses atores estão inter-relacionados de modo complexo e, para realização satisfatória de suas ações, é necessário um enfoque também complexo para que este setor possa realmente desenvolver estratégias de Promoção de Saúde. Esta complexidade é inerente às ações de saúde pública e sociedade, conforme exposto na Carta de Ottawa (1986): “as nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Não se pode isolar a saúde de outros interesses. Os elos indissolúveis entre a população e o seu meio constituem a base para uma abordagem sócio-ecológica da saúde” (BRASIL, 2002).

Esta abordagem nos remete a refletir a saúde pública como uma rede que deve atuar de forma integrada na busca de metas que realmente produzam resultados efetivos na melhoria de vida das pessoas. Segundo Minayo (2006), “o enfoque de ecossistemas em saúde humana está fundamentado na construção de nexos que vinculam as estratégias de gestão integral do meio ambiente (ecossistemas saudáveis) com uma abordagem complexa da ecologia da promoção da saúde humana”. A partir disso, segundo a autora, devem-se desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde e ambiente, em realidades concretas, de forma a permitir ações adequadas como uma responsabilidade coletiva e individual. A

Carta de Ottawa diz que “mudar os modos de vida, trabalho e de lazer tem um significativo sobre a saúde. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis” (BRASIL, 2002).

Este trabalho defende que a Vigilância Sanitária deva ser um instrumento de mudança de comportamentos e produtor de ambientes saudáveis na medida em que atua diretamente na vida das pessoas e em seu ambiente. Isso nos suscita duas questões primordiais, já consideradas por Mello (2006): (1) De que forma a noção de risco pode nortear o redimensionamento das práticas de Vigilância Sanitária, já que vivemos atualmente na chamada “Sociedade do Risco”? Temos, portanto, que superar o paradigma do risco epidemiológico, incorporando outras abordagens, tais como os riscos sociais, os aspectos da bioética, o princípio da precaução, entre outras (MELLO, 2006); (2) De que forma o SUS, e mais especificamente o SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária), tem se preparado para este contexto para garantir a proteção da saúde e qualidade de vida do cidadão? A Vigilância Sanitária deve, portanto, ir além do seu “papel de polícia” (MELLO, 2006).

A redução das práticas da Vigilância Sanitária ao próprio poder de polícia e à fiscalização tem produzido sérias distorções. A fiscalização é uma função essencial e intransferível do Estado, mas reduzir a ação da Vigilância à mesma é simplificar o longo processo histórico de construção do seu objeto e limitar seu alcance na transformação das condições de saúde (COSTA & ROSENFELD, 2000).

A Vigilância Sanitária é considerada a forma mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico-sanitárias: Promoção, Proteção, Recuperação e Reabilitação da saúde (COSTA & ROSENFELD, 2000).

A proposta deste trabalho é, pois, abordar a Vigilância Sanitária como uma oportunidade capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas, não somente através de sua capacidade de intervir na qualidade dos produtos e serviços oferecidos à população, através do controle dos diversos ambientes de produção/fabricação ou de prestação dos serviços, mas também como fomentador de ações e estratégias de Promoção de Saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Construir um novo Referencial Teórico que propicie à Vigilância Sanitária ampliar sua atuação como atividade de Promoção de Saúde.

1.1.2 Específicos

- a) Descrever os principais eixos temáticos ligados às estratégias e ações da ‘Vigilância Sanitária’;
- b) Caracterizar ‘Promoção de Saúde’ em seus conceitos, princípios e estratégias;
- c) Identificar os principais elementos de aproximação e ligação entre ‘Vigilância Sanitária’ e ‘Promoção de Saúde’;
- d) Explorar os conceitos de Complexidade, Abordagem Ecológica e Planejamento estratégico-situacional como forma de ampliação das ações de Vigilância Sanitária em direção à Promoção de Saúde.

1.2 METODOLOGIA

A Metodologia se baseou na abordagem Qualitativa Exploratória com ênfase na Pesquisa Bibliográfica, através da triangulação de fontes de informações, de dados, e de formas de análise, para produzir um referencial teórico que reunisse o pensamento de vários autores sobre a ampliação do trabalho da Vigilância Sanitária na dimensão de sua atuação ligada à Promoção de Saúde.

Tomou-se o cuidado de (mesmo intencionalmente utilizando-se de muitas citações diretas para elaborar um referencial teórico homogêneo, integrativo e realmente fidedigno às idéias destes autores) produzir um texto fluido e não fragmentado, que fosse uma ampliação do tema. O ato de “catar” coisas, ou “bricolar”, com a finalidade de criar outras coisas, ou de dar-lhes novos sentidos, é a metáfora defendida por Kincheloe (2001) como

‘Bricolagem’, tendo este termo sido inicialmente utilizado pelo antropólogo Lévi-Strauss (1970) como uma ferramenta de metodologia qualitativa.

Um aspecto fundamental da ‘bricolagem’ como método de pesquisa é o fato de o ‘*bricoleur*’ considerar sua própria subjetividade. Sua bagagem não é negada ou, dizendo de outra maneira, não há a pretensão de assumir uma postura de neutralidade em relação ao fenômeno investigado. Sua visão de mundo, conceitos e preconceitos estão em jogo no desenvolvimento da pesquisa. Assim, o pesquisador se torna “auto-reflexivo com relação a seu próprio papel e ao dos outros pesquisadores em geral no processo de criação do conhecimento e da realidade” (KINCHELOE e BERRY, 2007).

Na Pesquisa Qualitativa, segundo Silva (2001), há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que nunca poderá ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. A Pesquisa Exploratória, por sua vez, visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Estudos de Caso e de Pesquisas Bibliográficas, sendo esta última elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e com material disponibilizado na Internet.

No planejamento inicial foi incluído um estudo amplo da Vigilância Sanitária em seus principais eixos temáticos, da Promoção de Saúde em suas principais estratégias e de Ambientes Saudáveis na questão dos Determinantes Sociais de Saúde e da Transdisciplinaridade.

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma das principais redes de informações técnico-científicas, com as principais publicações da área da saúde, mostra evidências do pequeno número de trabalhos específicos que tratam da aproximação da Vigilância Sanitária com a Promoção de Saúde. Em uma busca pelo termo Vigilância Sanitária, foram encontradas 1678 citações em português, sendo que somente 85 delas abordam a Promoção de Saúde e, na maioria das vezes, de forma bastante tangencial e não específica. Da mesma forma, quando se busca termos como intersectorialidade, equidade, cidadania, interdisciplinaridade e

participação social, elementos e estratégias ligadas ao paradigma promocional, associados ao termo Vigilância Sanitária, encontra-se poucos trabalhos.

Estes temas foram escolhidos de forma a produzir triangulações que demonstrassem a capacidade da Vigilância Sanitária, como órgão de saúde pública, em atuar na direção da Promoção de Saúde.

Iniciou-se com uma breve descrição histórica da Vigilância Sanitária, que enfatiza a origem fiscalizatória e de controle do órgão. Foi realizado um estudo sobre o “Poder de Polícia” e a necessidade, abordada por vários autores, de ampliar sua atuação em direção de ações de Promoção de Saúde, diminuindo a ação cartorial do órgão. Para isso foi feita uma síntese dos principais eixos temáticos e diretrizes desenvolvidas durante a primeira Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), formalizados em seu Caderno de Textos e complementados com abordagens mais recentes sobre os temas, sempre de forma a buscar evidências da necessidade de ampliação de olhares da atuação do órgão. Este momento foi de suma importância, pois fez emergir alguns aspectos e elementos importantes de Promoção de Saúde dentro abordagem da Vigilância Sanitária.

No estudo da Promoção de Saúde foi realizada uma introdução geral e descritos seus aspectos mais relacionados à Vigilância Sanitária, onde frequentemente eram confrontados os temas. Foi feita uma síntese de seus principais elementos, como conceito ampliado de saúde, intersetorialidade, *Advocacy*, prevenção, reorganização de serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, etc. Para isso foram pesquisados artigos científicos; livros e documentos relacionados à Vigilância Sanitária e Promoção de Saúde em sites de busca como SCIELO, LILACS, BVS, BIREME, MEDLINE, etc.; livros publicados por autores e especialistas; pesquisa em sites oficiais como da ANVISA, da ABRASCO, da FIOCRUZ, e do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS/SES/SP); em anais de SIMPÓSIOS, CONGRESSOS e ENCONTROS e documentos de órgãos públicos, buscando evidências das inter-relações entre Vigilância Sanitária e Promoção de Saúde.

Como resultado da pesquisa bibliográfica, no capítulo 5, foi feita uma síntese dos principais elementos da Promoção de Saúde que se aproximam das estratégias da Vigilância Sanitária. Em seguida fez-se um estudo da teoria da Complexidade, da Abordagem Ecológica e do Planejamento Estratégico Situacional como base teórica para aproximação da Vigilância Sanitária e Promoção de Saúde.

Finalmente foram feitas considerações finais de estratégias de Promoção de Saúde que podem ser incorporadas às ações de Vigilância Sanitária para uma melhor efetivação do trabalho deste órgão da saúde pública.

1.2.1 Considerações sobre Metodologia Qualitativa

Moraes e Torre (2006) ensinam a metodologia do desenvolvimento ecossistêmico como forma de produzir novos conhecimentos a partir de uma visão complexa e ecológica da realidade estudada. Os principais elementos deste estudo foram sintetizados a seguir:

O método é concebido não como um conjunto de regras certas e permanentes, mas como atividade pensante do sujeito pesquisador que é capaz de aprender, de inventar e criar durante o seu caminhar. Método como caminho, mas um caminho em espiral, compreendido como uma travessia geradora de conhecimento (MORIN, 2003) e não como uma arbitrariedade, um convencionalismo ou uma improvisação qualquer. É através do método utilizado que aprendemos, assim como aprendemos em uma rota turística. Segundo Edgar Morin, o método é o que nos permite conhecer o conhecimento, lembrando que não existe um método fora das condições do sujeito aprendiz. A seguir são descritos os principais elementos da metodologia de desenvolvimento ecossistêmico, proposto por Moraes e Torre (2006):

Alguns dos princípios epistemológicos a serem levados em conta nas pesquisas de acordo com o pensamento eco-sistêmico, seriam: a) a intersubjetividade; b) a interatividade; c) a complexidade; d) a mudança; e) o caráter autopoietico; f) a incerteza; g) a multidimensionalidade; entre outros. Tais princípios apresentam implicações metodológicas importantes para o desenvolvimento da pesquisa, como veremos a seguir.

A metodologia clássica valoriza o objeto e destaca a causalidade linear, a simplificação, a ordem, a previsão, a permanência, a certeza, o controle, a rigidez, em suma, reconhece os processos analíticos e as regularidades. O Pensamento Eco-Sistêmico ressalta a multidimensionalidade dos processos, a causalidade circular, a complexidade, a desordem, o indeterminismo, a auto-organização, a incerteza, a mudança e, portanto, os processos globais, integradores e não-lineares.

Uma metodologia de pesquisa baseada no desenvolvimento Eco-Sistêmico é, por nós, entendida como sendo processo de construção de conhecimento no qual se retomam, em diferentes momentos e de forma interativa e recursiva, os objetivos, as estratégias e as avaliações feitas, visando compreender melhor a realidade e as mudanças ocorridas. Este procedimento de caráter aberto e recursivo é válido tanto para a construção individual como

coletiva do conhecimento, já que cada outro é fruto das relações entre conceitos já adquiridos e novos, estimulados pelo meio que catalisa mudanças nas estruturas cognitivas dos sujeitos envolvidos.

A intersubjetividade está presente no processo de construção do conhecimento. Trata-se do reconhecimento da impossibilidade de um conhecimento objetivo do mundo e da realidade e decorre da interdependência existente entre observador, processo de observação e objeto observável, em que este último pode ser outro sujeito envolvido no mesmo processo conversacional.

Quanto à interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, nos processos de aprender e conhecer a realidade, atuamos como seres inter e transdisciplinares ao articularmos diferentes dimensões e saberes nos processos de construção do conhecimento científico, apesar de não termos consciência de tais processos.

A recursividade, a abertura, a indeterminação, o caráter dissipativo, a autopoiese e as demais características atribuídas ao ser vivo são, analogicamente, transferíveis àqueles processos de mudança em que o conhecimento é gerado. Neste sentido, sem renunciar ao rigor e às exigências de todo procedimento científico, ao tratar-se de fenômenos intangíveis e imprevisíveis como são os educativos, é preciso levar em consideração os aspectos dinâmicos de toda e qualquer mudança. Trata-se de conseguir evidências na direção que prevemos. A acumulação de evidências nos dará a confiança de que algo avançou. As evidências são como se fossem indicadores confirmatórios quando estão na mesma direção do previsto ou, então, desmentem nossos pressupostos ao servirem para apontar alguma falha da pesquisa. A metodologia de desenvolvimento busca evidências que se relacionam com as teorias que a fundamentam.

É preciso ainda observar que a incerteza é um dos pressupostos epistemológicos relevantes no desenvolvimento de pesquisas, tanto a incerteza cognitiva revelada pela provisoriedade do conhecimento, como a incerteza histórica reveladora do caráter caótico da historicidade humana, segundo Morin (1998). Isto porque probabilidade gera incerteza e, em pesquisa, necessitamos transformar ‘nossas certezas científicas’ em ‘certezas provisórias’ e nossas dúvidas em dúvidas temporárias, já que todo resultado científico é apenas provável. Assim, esta incerteza também está presente em nossas ações de pesquisa, já que toda ação, uma vez iniciada, entra no jogo das interações e retroações, fazendo com que qualquer ação possa ser desviada ou corrigida durante o processo, corrigida em termos de finalidade, objetivos ou intencionalidade.

A complexidade, por sua vez, é um pressuposto que implica a necessidade de ver qualquer sujeito ou objeto relacionalmente, inserido num meio com o qual interage e do qual é dependente. Epistemologicamente, isto nos indica que o foco na pesquisa não está no sujeito e nem no objeto, mas nas relações e conexões que emergem a partir das interações que ocorrem no processo. Implica também compreender a dinâmica não-linear do conhecimento e da aprendizagem e fazer com que a certeza negocie com a incerteza e o antagônico com o que lhe é complementar. Estes aspectos são importantes em todo o desenvolvimento da pesquisa, seja no estabelecimento e na seleção das principais categorias envolvidas ou na proposição e análise da rede de significados que emerge da pesquisa.

O pensamento complexo, assim como o eco-sistêmico, é um pensamento articulador, integrador e multidimensional, uma maneira de sentipensar que promove e valoriza a inteireza humana, reconhecendo a dinâmica operacional e a cooperação global que envolve as dimensões físicas, biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Cada uma dessas dimensões atua de determinada maneira em função de uma dinâmica não-linear que lhe é peculiar e que, ao mesmo tempo, influencia a dinâmica operacional do todo.

Assim, a consciência da existência de interatividade e complexidade nos processos sistêmicos, leva-nos a compreender a necessidade de articular, religar, relacionar, contextualizar o objeto do conhecimento e problematizar sempre que necessário.

Por outro lado, ao reconhecer a complexidade como um pressuposto ontológico, epistemológico e metodológico significativo da pesquisa, é importante procurar estabelecer o maior número de relações a respeito do objeto investigado, fugindo, assim, das explicações reducionistas e simplificadoras, portadoras de certezas e de ordem, e que a ciência da modernidade nos fez acreditar como sendo possível.

A multidimensionalidade, por sua vez, nos revela que o conhecimento que emerge da pesquisa depende do sujeito que conhece e das relações que estabelece com o objeto em estudo. O conhecimento emergente é produto de interações que acontecem entre ambos. Mas, todo conhecimento produzido na pesquisa envolve a multidimensionalidade humana, pois o que acontece surge a partir de ações corporificadas que traduzem um processo de cooperação em todo o organismo. Isto nos revela que os seres humanos estão envolvidos por inteiro no processo de pesquisa e dela participam, não apenas utilizando sua racionalidade, mas também sua emocionalidade, sua afetividade, sua intuição, que fluem a partir das diferentes relações estabelecidas. Desta forma, todo conhecimento produzido na pesquisa é fruto de processos que envolvem criação, interpretação, construção, desconstrução,

auto-organização por parte do sujeito pesquisador em suas múltiplas relações com os outros sujeitos ou objetos pesquisados.

Por sua vez, o caráter autopoietico nos indica que todo conhecer e aprender implica processos autopoieticos que, por sua vez, são processos auto-organizadores que requerem interpretação, auto-organização e criação por parte do sujeito aprendiz. Esta compreensão revela que o conhecimento e a aprendizagem são processos interpretativos da realidade, interpretativos e re-cursivos, desenvolvidos pelo sujeito ativo ao interagir com a sua realidade.

A inter e a transdisciplinaridade são dois pressupostos epistemológicos importantes presentes nos fundamentos do conhecimento a partir de uma dinâmica complexa. É a atitude do pesquisador diante do objeto do conhecimento que pode ser considerada como sendo o ponto de partida para que a inter e a transdisciplinaridade se apresentem no processo de investigação. É a atitude daquele que raciocina e pesquisa que permite a emergência de um conhecimento inter e transdisciplinar na pesquisa, além, logicamente, da existência de um objeto, de disciplinas, de um problema ou de uma pergunta qualquer.

A desejada objetividade é outra simplificação da ciência. Isto porque toda operação mental é sempre uma operação complexa de objetivação ou de subjetivação. Do mesmo modo que o observador perturba o objeto, este perturba a sua percepção, indicando, assim, que cada um abre uma brecha no outro. Esta relação é complexa e, portanto, não é possível privilegiar um em detrimento do outro. Sujeito e objeto co-existem relacionalmente. Um é constitutivo do outro. A objetividade, na realidade, é uma tentativa de exclusão de um pelo outro. Coerentes com o Pensamento Complexo de Edgar Morin (1998 *apud* MENDES E TORRES, 2006) podemos afirmar que separando o que se conhece daquele que conhece jamais se chegará ao Pensamento Complexo ou ao Pensamento Eco-Sistêmico.

Em uma proposta linear, o desenvolvimento da pesquisa se mantém fiel ao esboço inicial, do mesmo modo que a construção de um edifício se ajusta ao projeto arquitetado. Inclusive, neste caso, ocorrem poucas modificações. Em Educação, o planejamento de uma pesquisa que assuma uma metodologia de desenvolvimento ecossistêmico se assemelha mais ao esboço do artista que ao plano do arquiteto. Neste sentido, ao longo do processo investigador vão surgindo novas formas de coleta de informações cujas incorporações podem ser úteis aos objetivos planejados, embora, inicialmente, não tivesse sido previsto. Um exemplo disto acontece na incorporação de algum instrumento cujo conhecimento nos leva a uma nova entrevista com o orientador, a uma nova leitura ou

publicação. As análises e interpretações das informações raramente se concretizam de acordo com o planejamento inicial, mas, muitas vezes, levam-se a cabo de forma tentativa, contrastando diferentes opiniões.

Reconhecemos também que a metodologia de desenvolvimento avança através de momentos. Mais que estágios ou fases de tempo pré-determinadas e fixas, as atividades vão sendo sequenciadas através de momentos de duração irregular. Cada momento coincide com o período de revisão e de atualização do que vai sendo realizado. As etapas ou estágios são mais regulares, previsíveis e ainda pré-programados, enquanto que os momentos revelam a dinâmica dos acontecimentos, a sinergia, os encontros que representam uma inflexão ou uma mudança significativa no decorrer da pesquisa. Uma série de circunstâncias que concorre em uma reunião ou encontro pode representar um passo importante a ser dado mais adiante, enquanto que em outras ocasiões produz uma mudança gradual. Os momentos, e suas respectivas circunstâncias, constituem os nós dessa rede de construção de conhecimento e que nada mais é do que um campo energético e vibracional que não mais se repete.

Os critérios de rigor e de validade científica do conhecimento gerado através da Metodologia de Desenvolvimento Eco-sistêmico se concretizam mediante os seguintes aspectos: a credibilidade das evidências, a interatividade, a utilidade do conhecimento produzido, a confirmabilidade dos processos e o caráter ético dos procedimentos adotados.

A credibilidade da informação produzida é, sem dúvida, um critério de confiança derivado do rigor e da garantia proporcionada pela fonte de informação devidamente contrastada em relação à realidade descrita. Dado que a maior parte das vezes a indeterminação e a incerteza acompanham o conhecimento nas ciências sociais, as evidências se convertem em indicadores importantes de confiabilidade. A credibilidade se refere à correspondência entre a informação coletada e a realidade descrita e, para consegui-la, usam-se estratégias como a persistência e a continuidade necessária na coleta de informação, o cuidado, a triangulação de fontes, instrumentos e técnicas, bem como a incorporação de elementos de contraste como o ‘advogado do diabo’, as gravações com suas correspondentes revisões por parte dos participantes, além das observações realizadas.

A interatividade acontece a partir da dependência entre os elementos estudados, já que a objetividade e a independência do observador como critério de racionalidade científica são difíceis de aceitar a partir do avanço da ciência, pois o conhecimento não é um saber ‘puro’, independente de seus instrumentos, seja material ou mental. De acordo com os avanços científicos, uma ciência completamente objetiva,

independente do sujeito observador, é, na verdade, uma ilusão.. Assim, desde o ponto de vista eco-sistêmico, tudo está inter-relacionado e, portanto, a variação ou a modificação de um fato ou de um fenômeno repercute necessariamente em outros elementos afins. Isso quer dizer que, ao estudar os diferentes componentes de uma estratégia, na prática, eles estão interconectados, embora em cada estratégia prevaleça um sobre o outro. Da mesma maneira, o papel docente tem muito a ver com o discente e com o clima que emerge a partir das interações entre todos. A faceta humana da interatividade reflete o compromisso ou a implicação emocional ou afetiva presente no processo de construção do conhecimento.

A utilidade ou portabilidade do conhecimento nos permite ir mais além do dado obtido sem renunciar ao contexto no qual ele foi gerado. Do mesmo modo que os conceitos requerem certo distanciamento da imagem sensorial na que se apóiam as categorias de maior amplitude, o conhecimento científico tem que transcender o caso ou o fenômeno para que o aprendido possa ser utilizado por uma comunidade ou coletividade em outro contexto de características semelhantes. Isto acontece precisamente com as teorias, que transcendem os elementos concretos da realidade. Teorias, modelos, concepções, metodologias e estratégias transcendem o caso ou o contexto mediante sua portabilidade ou possibilidade de utilização de tais aprendizagens e conhecimentos em situações novas, sempre limitadas pelas circunstâncias concorrentes. Não estamos falando de leis, nem de generalizações. Tampouco de certezas absolutas, mas de geração e uso do conhecimento, um conhecimento acompanhado sempre de incerteza e de probabilidade em sua ocorrência.

A confirmabilidade dos processos nos oferece uma garantia de rigor e persistência dos fenômenos no espaço-tempo. Tal critério tenta reduzir, à medida do possível, a incerteza ao introduzir a possibilidade de contrastar, em outros momentos, lugares ou pessoas, o procedimento utilizado para chegar a determinados resultados. A possibilidade de desmentir uma informação é uma garantia de seu rigor científico. Pelo contrário, quando algo não pode ser contrastado, perde parte de sua credibilidade. A coincidência ou discrepância de resultados nos proporcionam essa garantia que buscamos no conhecimento compartilhado por uma comunidade de teóricos ou práticos. Este critério se manifesta nas conclusões de estudos semelhantes, nas discussões entre os participantes, na avaliação de especialistas, nas reflexões e interpretações de resultados, na triangulação das informações coletadas por distintas fontes.

2. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária (VISA) tem uma trajetória peculiar no contexto de saúde pública brasileira. Como descreveu Costa (1999), a VISA teve períodos de diferenciação jurídico-normativa que caracterizaram suas ações ao longo da sua efetiva formação, como iniciativas preliminares pontuais e gerais no início do séc. XX até sua efetivação como Agência Nacional no final deste mesmo século.

Segundo a mesma autora (Costa, 1999), o início da consolidação de legislação específica do campo da Vigilância Sanitária foi através do surgimento do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Justiça e Negócios Jurídicos, aprovado com o Decreto 16.300 de 1923, vigorando como Código Sanitário Federal. No Período de 1931 a 1945, ocorreu a primeira legislação específica destinada a regulamentar o exercício de farmácia. Entre 1946 e 1966, vigorou o Decreto 20.397/46, que regulamenta a indústria farmacêutica. No período de 1967 a 1988, ocorreu a edição do Código de Alimentos (Decreto-Lei 209/67), com o início do controle sanitário de alimentos pelo setor saúde. No ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a Vigilância Sanitária recebe um tratamento jurídico normativo específico.

Em 1997 a população tomara conhecimento da vigilância sanitária, de forma negativa, em função dos escândalos com medicamentos falsificados e adulterados noticiados durante meses na televisão e outros meios de comunicação. O impulso decisivo para a institucionalização da Agência foi dado nos primeiros meses da gestão de José Serra no Ministério da Saúde. O momento era de grave crise na vigilância sanitária, inclusive com alegação de morte de pacientes devido ao consumo contínuo de medicamentos falsificados, sem nenhum princípio ativo, que chegavam inclusive aos hospitais públicos, por meio de distribuidoras atacadistas – tanto as legais quanto as clandestinas – que ganhavam as licitações públicas. Não somente a vigilância sanitária nacional falhava fragorosamente, mas também todo o precário esquema de assistência farmacêutica do SUS estava vulnerável a ações criminosas de todo o tipo (LUCCHESI, 2001a)

O objeto e o campo de atuação da Vigilância Sanitária estão bem expressos no artigo 2º do Código Sanitário de São Paulo (1998). Os princípios expressos neste Código

dispõem sobre proteção, promoção e preservação da saúde, no que se refere às atividades de interesse à saúde e meio ambiente, nele incluído o do trabalho, e têm os seguintes objetivos:

- I - assegurar condições adequadas à saúde, à educação, à moradia, ao transporte, ao lazer e ao trabalho;
- II - promover a melhoria da qualidade do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, garantindo condições de saúde, segurança e bem-estar público;
- III - assegurar condições adequadas de qualidade na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse à saúde, incluídos procedimentos, métodos e técnicas que as afetem;
- IV - assegurar condições adequadas para prestação de serviços de saúde;
- V - promover ações visando o controle de doenças, agravos ou fatores de risco de interesse à saúde; e
- VI - assegurar e promover a participação da comunidade nas ações de saúde.

A finalidade institucional da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), afirmada na Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que a criou, é:

promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

É relevante notar que nenhum documento jurídico precedente (COSTA, 1999) deixou tão claro que a proteção da saúde é a finalidade última da tarefa institucional, abrindo espaço para a compreensão da noção de Vigilância Sanitária para além da concepção controlista, repressiva, penalizadora.

Por ocasião da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, uma aspiração de muitos anos, foram debatidos os principais eixos temáticos relacionados ao setor, delineando com bastante abrangência, o papel da Vigilância e sua efetivação no Sistema Único de Saúde e na Proteção e Promoção de Saúde.

Os princípios e diretrizes para o setor foram sedimentados através de debates e pensamentos de diversos autores, especialistas, técnicos, representantes de diversos setores de saúde e população. Os principais eixos temáticos foram formalizados nesta importante Conferência e desde então são frequentemente rediscutidos quando se trata da efetivação das ações de Vigilância Sanitária.

2.1 CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E PODER DE POLÍCIA

O termo ‘controle’, conforme Garcia (1989, apud COSTA, 1999), tem na acepção francesa o sentido de comprovação, inspeção, registro. Com a emergência do conceito de ‘controle’ desde o final da década de quarenta, em substituição ao conceito de ‘erradicação’, o termo ‘controle’ passa a ser usado no discurso da luta contra as doenças. O autor identifica que no discurso dos intelectuais a acepção francesa vai sendo substituída pela anglicana de supremacia, domínio, manejo, em correlação com processos político-econômicos da época da guerra fria.

O termo ‘controle’ é empregado comumente para ações sanitárias sobre pessoas, atividades, substâncias, produtos, serviços e órgãos/instituições, para que não se desviem de normas pré-estabelecidas. Também é usado no que diz respeito a ações sobre doenças e agravos, agentes nocivos ao ser humano, animais e vegetais, causadores de doenças e prejuízos nas atividades produtivas para que suas frequências não se desviem de certa normalidade, avaliada com medidas de incidência e prevalência. O termo ‘controle’ apareceu inicialmente no Código Nacional de Saúde de 1961, ligado a categorias relacionadas com doenças, espaço e atividades econômicas. Na legislação específica de Vigilância Sanitária o termo surgiu com as Normas Técnicas Especiais sobre aditivos, publicadas concomitantemente ao Código de 1961. No campo da Vigilância Sanitária, ‘controle’ e ‘fiscalização’ se confundem, mas ‘controle’ é mais amplo, desde a atividade regulamentadora até noções educativas e de informação ao consumidor. O termo ‘fiscalização’, denomina o conjunto de ações de controle sanitário, bem como exemplifica a denominação do órgão específico que perdurou longo tempo: Inspetoria de Fiscalização da Medicina (criada em 1941) e depois da Medicina e Farmácia, de 1957 até 1976. A origem do termo ‘fiscalização’ remonta a contexto de outro significado, de controle do exercício profissional do médico como agente individual da prestação do cuidado e do boticário como preparador e vendedor de medicamentos, muito antes da produção industrial, referindo-se ainda ao controle não-profissional do comércio de alimentos (COSTA, 1999).

O termo ‘fiscalização do exercício da medicina’ mantém, na origem, identidade com o ‘poder cego’ da fisicatura, isto é, a força de arbítrio de antiga noção de poder de polícia desvinculada de um saber, em estreita correlação com a cobrança de emolumentos. Em momento do mais profundo controle ditatorial a que o país foi submetido por um governo militar e de tentativas de intervenção na questão saúde, com ênfase nos medicamentos, a Lei

5.991/73 traz inovação, na denominação do conjunto de ações, sendo usado o termo ‘controle’ adjetivado com o qualificativo ‘sanitário’. É como se o espírito da Lei, incorporando a compreensão da abrangência do ‘controle’ para além da fiscalização, também determinasse a qualidade do ‘controle’, em instante de intensa discussão sobre a necessidade de intervenção no quadro sanitário. O termo inovador – Vigilância Sanitária – mantém analogia com o discurso militar da época; ao discurso sanitário vem somar os termos Controle Sanitário e Vigilância Sanitária, aparecendo ambos à mesma época e igual regime de governo, por substituição ao antigo termo ‘fiscalização da medicina e farmácia’(COSTA, 1999).

As contradições que se transformam em objeto dos serviços de controle, que atuam no sentido de prevení-las, suprimí-las ou manipulá-las, são produtos da dinâmica social. Elevadas à categoria de “problemas” pelo reconhecimento, sob consenso dos grupos dominantes da sociedade, transformam-se em demanda de atividades de um ou outro serviço de controle, mediante a atenção dos especialistas que integram tais serviços. Caracterizado o “problema”, que advém de necessidades objetivas socialmente percebidas, uma ou outra instituição o assume, propondo-se resolvê-lo (COSTA, 1999).

O consenso na delimitação do campo de atuação de determinado setor é socialmente construído, havendo a influência da opinião dos especialistas que aí atuam. O viés que tende a permear o modo dos especialistas de cada setor considerar os problemas sociais reforça a possibilidade de que a definição do campo de atuação de um dado serviço de controle sobrepassa à área sentida como “legítima” ou “adequada” por outros setores sociais, dando lugar ao chamado “imperialismo institucional”, à semelhança do processo chamado ‘medicalização’. Este processo, explica Paul Singer (1978 apud COSTA, 1999), tem redefinição sempre crescente e decorre de contradições no plano individual, familiar e social como problemas de saúde, provocando aumento do campo de abrangência dos respectivos serviços e dos recursos aí alocados. De outro modo, também se pode dizer que o reconhecimento da saúde como questão social e, portanto, de interesse público, determina a expansão dos “Problemas de Saúde”. E se cada vez mais se amplia o campo de normatização da saúde, é também porque se expandem, de forma crescente, as contradições que se manifestam em ameaça à saúde e à vida (COSTA, 1999).

Os riscos à saúde se instalam em qualquer momento do processo produção-consumo. A produção, especialmente em determinados ramos de atividade, gera riscos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente. Neste percurso, intencionalmente ou por falhas no processo, podem ser adicionados riscos aos objetos de consumo, o que é sobretudo agravante para as questões de saúde, pois no caso de produtos de interesse sanitário, muitos deles, por si

mesmos, já contém certo *quantum* de riscos. É o caso, particularmente, de medicamentos e outras tecnologias médicas, saneantes e agrotóxicos. Por extensão e, respeitando-se as devidas especificidades, o mesmo ocorre com alimentos, cosméticos e outros insumos de saúde. A atuação do Estado nas limitações das liberdades, uma das faces da administração pública, implica reexaminar a noção de Poder de Polícia, cujo termo já não é de emprego pacífico no campo do Direito, sendo objeto de profundas discussões. A noção é severamente criticada por Gordillo (1975 apud COSTA, 1999) que propõe seja eliminada do vocabulário jurídico, apontando a origem viciada do conceito e a carga negativa que carrega. Sundfeld (1997 apud COSTA, 1999) também a submete à crítica, considerando-a “terrivelmente problemática” por uma série de motivos, entre os quais, destaca como o mais grave, a matiz autoritária, que se tentou eliminar modernamente, com a retirada da palavra Poder, usando-se apenas Polícia Administrativa. Reconhecer como pertinente à administração um poder de polícia, enfatiza o autor, é como que significasse algo além da descrição da função de aplicação das leis reguladoras dos direitos, que é o sentido que tem a expressão no Estado de Direito (COSTA, 1999).

A definição de Polícia Administrativa formulada por Bandeira de Mello é

a atividade da administração pública, expressa em atos normativos ou concretos, de condicionar, com fundamento em sua supremacia geral e na forma da Lei, a liberdade e a propriedade dos indivíduos, mediante ação ora fiscalizadora, ora preventiva, ora repressiva, impondo coercitivamente aos particulares um dever de abstenção (“non facere”) a fim de conformar-lhes os comportamentos aos interesses sociais consagrados no Sistema Normativo (1997 pg. 513 apud COSTA, 1999).

Segundo Di Pietro (1996 apud COSTA, 1999), costuma-se conferir ao Poder de Polícia, como atributos, a discricionariedade, a autoexecutoriedade e a coercibilidade. A discricionariedade refere-se a certa margem de liberdade que é deixada à administração, para atuar em muitas situações concretas, tomando certas decisões, como o meio de ação mais adequado, o momento de aplicá-lo e a sanção, entre as legalmente previstas (autorizações, licenças, etc); a autoexecutoriedade diz respeito ao poder que tem a administração para colocar em execução suas decisões, mediante seus próprios meios, sem precisar recorrer previamente ao Poder Judiciário, compelindo materialmente o administrado, com seus meios diretos de coação, como ocorre quando apreende mercadorias ou interdita uma fábrica (Coercibilidade).

No Brasil, a saúde é um direito social, inscrito na Constituição Federal de 1988, que também instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de concretizar esse

direito. O art. 200 da Constituição Federal estabelece, em seus incisos I e VI, a competência do SUS para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano (LUCHESE, 2001).

Para que se possa atuar adequadamente em VISA, no Brasil, é indispensável compreender a estrutura institucional onde se enquadra o exercício dessa atividade. O Estado Democrático de Direito, conforme se verificou, permanece fundado no respeito ao princípio da legalidade. Desse modo, o conceito de Estado Democrático de Direito reconhece, respeita e incorpora as conquistas representadas pelo Estado de Direito e pelo Estado Social de Direito, mas soma a igual possibilidade de participação na elaboração das normas gerais que devem reger a organização social e o controle de sua aplicação aos casos particulares. Trata-se, enfim, de instaurar a cidadania, onde o “cidadão é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e autoridade judiciária, como ensina Aristóteles”. A afirmação da exigência de legalidade formal no Estado de Direito fez com que, especialmente nos Estados de tradição legal codificada - como o Brasil- a administração fosse absolutamente vinculada à lei. Isso significa que a capacidade de regular comportamentos, detida pelo poder executivo nestes Estados, seja quase nula, uma vez que a lei tende a descrever - com o maior detalhe possível - os comportamentos autorizados e os proibidos. À administração resta um pequeníssimo poder para regulamentar qualquer comportamento, cujos limites são dados pela lei em sentido estrito, ou seja, aquela norma originada do processo legislativo adotado nos parlamentos (DALLARI, 2001).

No Brasil, as ações de Vigilância Sanitária sempre existiram, mas com pouca visibilidade para a população, e até mesmo para os profissionais e gestores de saúde que se acostumaram a perceber essa área, identificando-a com atuação policial ou burocrático-cartorial (COSTA, 1999).

A falta de formulação e explicitação de políticas de Vigilância Sanitária nas políticas públicas, a pouca atenção governamental à área, entre outros determinantes relacionados ao baixo estágio de desenvolvimento científico e tecnológico do País, foram concorrendo para o aprofundamento do fosso que se estabeleceu entre a estrutura dos serviços da Vigilância Sanitária e as demandas por suas ações, seja em nível das necessidades em saúde ou do seguimento produtivo. A legislação sanitária de proteção à saúde contém tanto normas de proteção coletiva quanto normas de proteção individual. Além da legislação específica de Vigilância Sanitária, os Códigos Civil e Penal também incluem normas de proteção à saúde. O Código Penal especifica crimes contra a saúde pública e as respectivas

penalidades, entre os quais corromper, adulterar ou falsificar substância alimentícia ou medicinal destinada ao consumo, tornando-a nociva à saúde; alterar essas substâncias, modificando sua qualidade ou reduzindo o valor esperado; empregar no fabrico de produtos, substâncias não permitidas na legislação; anunciar na embalagens desses produtos substância inexistente ou em quantidade menor que a anunciada; igualmente é crime fabricar e vender produtos nessas circunstâncias ou substâncias destinadas à sua falsificação. Ainda relacionados ao campo da Vigilância Sanitária, constitui crime o exercício ilegal das profissões de saúde; o anúncio de curas por meio secreto ou infalível; e a prática de curandeirismo (COSTA, 1999).

O exercício do poder de polícia concretizado na produção normativa e na fiscalização sanitária obriga os particulares a submeterem-se aos preceitos jurídico-administrativos limitantes das liberdades individuais, condicionando-as aos interesses coletivos e às imposições estabelecidas na Lei. Pois,

“sendo a administração pública limitada pelos princípios da supremacia do interesse público sobre o privado e pela indisponibilidade dos interesses públicos e sendo o interesse público definido pela própria sociedade, o administrador não pode trabalhar senão com o conhecimento do interesse público que ele deve realizar. Ora, o interesse público no moderno Estado de Direito, porque sob leis, é definido pela sociedade em forma de textos legislativos que representam a vontade geral dessa sociedade (DALLARI, 1988 apud COSTA, 1999).

O conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico são fundamentais para o estabelecimento e a permanente atualização das normas técnicas de Vigilância Sanitária, que juntamente com as normas jurídicas constituem os fundamentos das ações, apoio e legitimação da atuação do Estado nesse campo. A fiscalização sanitária é um dos momentos de concreção de exercício do poder que detém o Estado para aceitar ou recusar produtos e serviços definidos como de interesse da saúde e, portanto, submetidos às suas normas. A fiscalização verifica o cumprimento das normas estabelecidas, quando, por exemplo, mediante a inspeção observa se determinado estabelecimento, que desenvolve atividade de interesse da saúde, está em condições sanitárias adequadas e se possui a devida licença; se uma determinada atividade possui autorização concedida pela autoridade sanitária competente, ou se um produto se encontra em conformidade com os padrões de identidade e qualidade, se foi fabricado segundo as características aprovadas no registro. A fiscalização sanitária visa identificar, no caso dos produtos, possíveis fraudes ou falhas técnicas no processo de produção que poderiam alterar as características do produto e modificar os efeitos benéficos esperados. Além da responsabilidade técnica e do produto em si, a fiscalização

inclui também outros elementos, como as embalagens, condições de conservação, rotulagem, informação e propaganda, e condições gerais de produção, armazenamento, transporte, comercialização e consumo, dispondo de poder para aplicar medidas necessárias, sejam preventivas ou repressivas como a imposição de sanções pelo descumprimento das normas. A fiscalização tem por base normas técnicas e jurídicas, apoiando-se no laboratório, que verifica a conformidade dos produtos com normas, por meio das análises fiscais e de controle, também de análises prévias que podem ser requisito para o registro de um produto. Essas análises, que são atividades eminentemente preventivas, exigem laboratório ágil e equipado, que acompanhe o desenvolvimento científico e tecnológico (COSTA, 1999).

Tornar efetivo o Sistema de Vigilância Sanitária - intrinsecamente vinculado ao Direito e não apenas a Lei – é tarefa árdua, que encontra, porém, um caminho já sinalizado na constituição cidadã, como é conhecida a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988 e ainda em vigor (DALLARI, 2001). O espírito dessa legislação permite que se perceba e analise a Vigilância Sanitária sob o ponto de vista de um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade - por suas funções e instrumentos - de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, e os ambientes, às demandas sociais de saúde, para os indivíduos e para a coletividade, e às necessidades do sistema de saúde (LUCCHESI, 2001).

2.2 REGULIZAÇÃO SANITÁRIA

A vigilância sanitária pode ser vista como espaço de intervenção do Estado, cujo objetivo é adequar o sistema produtivo de bens e de serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes, às demandas sociais de saúde e às necessidades do sistema de saúde. Segundo o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), a principal função da VISA é atuar no sentido de prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido em suas áreas de atuação, promovendo e protegendo a saúde da população (BRASIL, 2007). Desse modo, suas ações têm o propósito de implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Em função de seu papel regulador, a VISA representa uma importante possibilidade de articular os poderes governamentais, impulsionar a participação social e aperfeiçoar as relações sociais (BRASIL, 2007).

É frequente no campo da saúde confundir a missão da vigilância com a do controle e da garantia da qualidade dos produtos no mercado. A chamada Vigilância Sanitária deve ser exercida sobre todos os produtos oferecidos ao consumo: o rigor deve ser tão grande sobre a picanha maturada das “butiques de carne”, quanto sobre o “churrasquinho de gato” da entrada dos estádios de futebol. No outro extremo, a maconha, ou a cocaína, da “melhor qualidade”, não deve “passar” pelo rigor de uma verdadeira Vigilância Sanitária. Se a Vigilância exerce a gestão dos riscos, o controle e a garantia da qualidade destinam-se a assegurar que um determinado produto está “em conformidade” com padrões pré-estabelecidos. Estes são freqüentemente relacionados também com características de proteção sanitária, o que é essencial. Mas não só: a qualidade dita superior tem maior valor de troca no mercado, gerando uma barreira entre consumidores de distintos poderes de compra (um dos “diques de apartação”, de Cristóvão Buarque). A carne de segunda, curtida no leite de mamão antes de assar nos espetos do Pacaembu, do Maracanã ou da Fonte Nova, não se vende nos restaurantes de luxo, nem muito menos se exporta; não passa num rigoroso controle de qualidade, mas pode ser aprovada pela vigilância, se não oferecer riscos à saúde de quem a consome. Estes conceitos já se misturavam antes da emergência do rigor na regulação internacional da circulação de mercadorias potencialmente nocivas à saúde dos povos. Agora, então, tornaram-se ainda mais intimamente associados, a ponto de o laboratório central do sistema de vigilância no Brasil chamar-se de “controle de qualidade”. Para alguns produtos, como sangue e hemoderivados, evidentemente não há distinção possível: só são aceitáveis pela vigilância os de qualidade superior. Mesmo assim, até em países ricos como a França há descuidos que distribuem sangue contaminado com HIV a centenas de pessoas. A rigor, quem deve *garantir a qualidade* são os produtores, através de rigoroso *controle de qualidade interno*, independentemente do setor de produção. A Vigilância exerce várias atividades nesse contexto: verifica as “boas práticas de produção, ou GMP” da planta industrial, especialmente quanto ao funcionamento do controle de qualidade interno (“controla os controles”), mas também exerce sua ação sobre o produto final, através de apreensão fiscal na etapa derradeira do processo de distribuição, espontaneamente ou por denúncia. Nesse sentido, a Vigilância está em plena atividade executiva de fiscalização, como tradicionalmente tem feito. Também estabelece procedimentos, regulamentos e normas a serem obedecidos pelos diversos agentes do chamado *setor regulado*. Esta “função regulatória” tanto serve no âmbito interno, quanto no externo, para gerir riscos internamente e para tornar mais competitivos os nossos produtos no mercado internacional. A modernização do Estado tem conduzido a mecanismos de controle do mercado, entre os quais se estabelecem contrastes complicados. No âmbito

estritamente econômico, o controle gera um campo de jurisdições complementares entre a autoridade que define a política “de competição” e as agências reguladoras da atividade num determinado setor da economia. Por exemplo, entre o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), ligado ao Ministério da Justiça, e a ANATEL, agência que regula as atividades das companhias telefônicas privatizadas. Na área da saúde, um dos exemplos mais citados é o dos mecanismos para controlar o uso da tecnologia: contrasta-se a regulação com o planejamento (CARVALHEIRO, 2001).

Reconhece-se, no entanto, absoluta falta de consenso em relação ao que se pode entender por “regulação”, chegando-se ao extremo de considerá-la quase como sinônimo de qualquer intervenção pública no mercado. O próprio planejamento, nesse sentido, seria um modo de regulação. Para evitar essas concepções divergentes, no campo do planejamento e da regulação, alguns autores preferem simplesmente tipificar as intervenções públicas segundo atuem sobre: a oferta, a demanda ou o financiamento da tecnologia em saúde. No Brasil atual “vivemos um furor de criação de Agências ditas regulatórias” (CARVALHEIRO, 2001), algumas exercem funções mistas, que incluem até a execução de atividades que teoricamente deveriam estar apenas sendo reguladas. Criou-se uma Associação Brasileira de Agências de Regulação (ABAR), onde figuram duas de âmbito nacional na área da saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta última tem uma atividade mais condizente com o que se entende como regulação “pura”. Já a ANVISA mantém procedimentos de natureza regulamentadora e estende-se por Estados e municípios com atividades múltiplas, onde figuram desde a fiscalização de “boas práticas de produção industrial, GMP”, até a apreensão de produtos na rede de distribuição para o consumidor final. Chega ao extremo de incluir o controle da Hemo Rede, subordinando diretamente os Hemocentros, que são prestadores de serviço de hemoterapia, coletores, armazenadores e distribuidores de sangue e derivados (CARVALHEIRO, 2001).

A vigilância sanitária – altamente relacionada com o grau de desenvolvimento tecnológico e econômico e com a institucionalidade democrática de um país – representa uma das mais relevantes áreas de regulação estatal no campo social. Muitos países usaram esse campo de regulação estatal para transcender a área sanitária e englobar outros aspectos da economia, estratégicos para o desenvolvimento nacional ou para o bem-estar da população (LUCCHESI, 2001a).

Com esse sentido ampliado de regulação, estratégias como o aprimoramento dos processos produtivos e do controle da qualidade dos produtos e serviços oferecidos, bem como a comunicação do risco e o estímulo ao consumo consciente, são algumas das

possibilidades de implementação da regulação com o objetivo de proteção à saúde da população. Nesse sentido, essas práticas deverão ser continuamente promovidas e aprimoradas para tornar as ações de vigilância mais efetivas, o que implica em repensar os instrumentos e a incorporação adequada dos conhecimentos e tecnologias constantemente produzidos. Dessa forma, a atribuição legal da vigilância sanitária diz respeito aos processos de regulação do risco sanitário, mas não deve se restringir apenas a uma perspectiva fiscalizatória e sim ampliar práticas, a partir de uma visão que permita incorporar, às práticas de proteção, aquelas de promoção da saúde. Importantes ações, hoje ainda incipientes na vigilância sanitária, tais como o monitoramento da propaganda; as notificações pós-comercialização; comunicação do risco (alertas sanitários para a sociedade em geral); o monitoramento e avaliação dos produtos e medicamentos registrados, em especial os novos ou com novas indicações, ao longo de sua comercialização; e educação em saúde visando o consumo seguro de produtos e medicamentos, poderiam ser exemplificadas como ações de promoção da saúde (BRASIL, 2007).

2.3 ÉTICA E CIDADANIA

A Vigilância Sanitária pode ser concebida como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais. Sua natureza exige uma ação interdisciplinar e interinstitucional, e a mediação de setores da sociedade, por meio de canais de participação constituídos. No âmbito do SUS, a Vigilância Sanitária representa um poderoso mecanismo para articular poderes e níveis de governo, e impulsionar ações e movimentos de participação social (LUCHESE, 2001).

A ética fala de valores, princípios e normas que servem de base para o comportamento humano; fala do que é certo, correto e justo, e na responsabilidade dos indivíduos por seus atos, com a finalidade última de que vivamos bem em sociedade. Implica opção individual, escolha ativa. Requer adesão íntima da pessoa aos valores, princípios e às normas morais. Visa a interioridade do ser humano, solicita convicções próprias que não podem ser impostas de fontes exteriores aos indivíduos (FORTES, 2001).

A Vigilância Sanitária é responsabilidade do Estado, mas também da Sociedade Civil. Todavia, aqui há um limite que as técnicas oriundas das ciências políticas

(sobretudo planejamento estratégico) não conseguiram superar. Não tem bastado ao Estado certo grau de poder para controlar este ou aquele setor produtivo. Ainda que isto seja fundamental, é necessário também envolver a sociedade na defesa de sua própria saúde. E mais, como as normas sobre a saúde têm uma origem complexa - possuem várias dimensões: uma técnica, uma política, uma cultural, outra subjetiva, etc. - é interessante envolver a sociedade desde o momento da elaboração dessas normas e regras, e não somente de sua aplicação (CAMPOS, 2001).

Por isso mesmo, para que o progresso científico e tecnológico não reduza o cidadão a súdito, em vez de emancipá-lo, as bases éticas que devem guiar o processo decisório na VISA não podem prescindir da equidade, que associada aos temas da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, concorrerá para fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, como disposição para reconhecer igualdade às diferenças, os direitos e as necessidades diversas dos sujeitos sociais, é o ponto de partida para alcançar o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos que constituem bases da cidadania (Costa, 2001).

Os princípios éticos da beneficência e a não-maleficência induzem a que as ações de VISA tenham como perspectiva a promoção e a proteção da saúde como qualidade de vida, orientada pela noção de “riscos sanitários”. Riscos compreendidos como possibilidade de dano ou agravo, de evento adverso à saúde relacionado a procedimentos, produtos e serviços de interesse da saúde, com determinados fatores. Mas não se pode omitir que a Vigilância Sanitária seja uma atividade estatal essencial para o desenvolvimento econômico, pois também interessa ao setor produtivo, para que ele seja protegido da má e prejudicial concorrência. A essência da atuação da Vigilância Sanitária é ética, pois se faz um instrumento social para evitar “violências” contra as condições de saúde, promovendo medidas para a melhoria da qualidade do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, e condições adequadas de qualidade na produção, comercialização e no consumo de bens e serviços de interesse à saúde. Apesar de nem todas as ações estarem fundadas no poder de polícia sanitária, elas podem gerar conflitos éticos, pois muitas vezes limitam ou restringem liberdades e decisões individuais. Poder de polícia é uma atividade estatal exclusiva, cujo objetivo é o de evitar consequências anti-sociais: restringe ou condiciona as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade, e o faz em nome da supremacia do interesse público sobre o individual. A intervenção estatal nas relações entre produtores, fornecedores e cidadãos, mediante medidas que restringem ou limitam liberdades e direitos individuais - medidas de normatização e controle podem ser eticamente justificadas

pelos princípios de beneficência e de não-maleficência por evitar consequências anti-sociais, danos à terceiros ou à coletividade. Quando um agente sanitário, por exemplo, interdita um estabelecimento comercial ou industrial, ele está restringindo o direito de propriedade, direito este fundamentado na autonomia da pessoa querer ou não querer possuir um determinado bem. Essa limitação de um direito deve ser motivada pelo bem da saúde da coletividade, mas sempre respeitando a dignidade humana dos indivíduos envolvidos e seus direitos de cidadãos. Assim, cabe ressaltar que é essencial a vinculação da ética às práticas de saúde pública, especificamente à Vigilância Sanitária, pois esta não pode ser observada apenas dos pontos de vista técnico, legal ou administrativo. Seu caráter ético é inerente, devido a que decisões tomadas e ações realizadas em seu âmbito causam interferência direta ou indireta nas pessoas e no bem-estar da vida em sociedade (FORTES, 2001).

2.4 INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Na sociedade contemporânea a informação vem assumindo dimensões novas, por envolver interesses da ciência, do sistema produtivo e do Estado, se institucionalizando como espaço de uma determinada política de governo e, portanto, tornando-se espaço estratégico de relações de poder e produção de saber. Tornar a informação para a VISA um instrumento à serviço da vida e da transformação rumo à equidade significa trabalhá-la como um processo sócio-técnico, a demandar uma democratização dos saberes/conhecimentos e das tecnologias que orientam as ações de Vigilância Sanitária. É promover uma tecnodemocracia, em todas as dimensões relacionadas à promoção e proteção da vida, de tal modo que os cidadãos possam ampliar sua capacidade argumentativa nos fóruns de exercício do controle social. O processo de democratizar os saberes e as informações relacionadas à VISA implica destacar, desde a fase de modelagem dos sistemas de informação, a preocupação com uma decodificação da retórica técnica para a retórica popular, centrada no universo do cotidiano dos cidadãos. Neste sentido, não é suficiente divulgar o quantitativo de inspeções realizadas em um determinado período ou mesmo o número de autuações e multas expedidas. Esta informação é importante se for para demonstrar o dinamismo do setor de VISA, mas pouco contribui para a apropriação dos saberes que orientam essas ações. É preciso mais para um processo de avanço da consciência sanitária da população. A disseminação das informações voltadas para a “proteção e promoção da saúde construindo cidadania” deve ter a meta de

fomentar um processo no decorrer do qual a população se aproprie dessas informações, como um bem público (MORAES, 2001).

Os sistemas de informação em saúde são apenas expressões da lógica do Estado brasileiro, que caracteriza sua atuação por fazê-la de forma essencialmente reativa e tópica, respondendo aos desafios colocados pela complexidade crescente da sociedade com medidas pontuais, atomizadas, compensatórias perante problemas de momento, fragmentando a realidade (MORAES, 2001). Mas não basta ser correto na linguagem e democrático na ação, se não se é efetivo na significação. A eficácia pode ser traduzida como a capacidade de tornar palavras em atitudes, ou, melhor dizendo, marcos externos em referências internalizadas. Mas possivelmente a área onde a eficácia das informações da Vigilância Sanitária é mais necessária esteja localizada no âmbito do Direito. Quando mencionamos Direito em saúde, estamos falando em informação. As ações que dizem respeito à atuação dos profissionais de saúde, em nome de uma legislação que lhe confere poderes policiais ou de certificação de qualidade, precisam gerar sempre uma informação eficaz para o público. A legislação tem de fazer sentido na vida do consumidor de produtos e serviços da saúde. Ampliar direitos sanitários é ampliar informação (CUNHA, 2001).

Outra questão que merece ser refletida é o grau de aceitação dos riscos sanitários que ocorre entre as diversas parcelas de nossa sociedade. Por vezes, a maior aceitação dos riscos se deve à ausência ou a inadequação das informações e sua deficiente compreensão. Mas não pode ser desconsiderado que determinadas culturas parecem ser menos temerosas da existência de riscos, principalmente quando estes são provenientes de avanços tecnológicos contemporâneos. Esta aceitação parece estar condicionada ao pensamento de que sempre existirá um antídoto para o mal, que problemas tecnológicos se corrigem com novo arsenal tecnológico (isto parece estar sendo apresentado no debate referente aos transgênicos). Por mais paradoxal que seja, a tecnologia excessiva pode levar ao incremento da passividade das pessoas, se não lhes for possível compreender o sentido daquela (FORTES, 2001).

A Vigilância Sanitária é ação de saúde eminentemente preventiva e perpassa todas as práticas médico-sanitárias, da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde, ao atuar sobre fatores de riscos associados a produtos, insumos e serviços relacionados com saúde, com o ambiente e ambiente de trabalho, com a circulação internacional, de transportes, cargas e pessoas. A natureza dessas questões confere-lhe um caráter universal de certos aspectos das práticas médico-sanitárias necessária à reprodução e manutenção da vida (Costa, 1998 apud FORTES, 2001).

Um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece, é o acesso à informação. De fato, o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. As iniquidades de informação são, portanto, especialmente graves, pois ao reforçar a exclusão, têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades. O acesso à informação em saúde está hoje grandemente facilitado pelas novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), particularmente a Internet, as quais podem exercer uma grande influência sobre a situação de saúde e, em particular, sobre as iniquidades em saúde, por meio de diversos mecanismos. Em primeiro lugar, por sua capacidade de incidir sobre outros importantes determinantes da saúde, como as relações sociais, os processos culturais e outros aspectos fortemente relacionados com o bem-estar físico, mental e social. Em segundo lugar, as novas TIC estão redefinindo o próprio conceito de comunidade, liberando-a dos limites geográficos. As pessoas podem, hoje, estar em constante contato com seus familiares, amigos e colegas, através do mundo, utilizando telefones celulares, e-mails e outras tecnologias. Estas comunidades virtuais estão mudando a maneira como entendemos a criação e manutenção do capital social e, concretamente, podem oferecer importante apoio, principalmente para os que estão isolados pela idade, por deficiência física ou mesmo os que vivem em lugares demasiado distantes (CNDSS, 2008). Em terceiro lugar, as TIC exercem um importante impacto sobre as iniquidades em saúde, na medida em que permitem ampliar o acesso à informação por parte de grupos excluídos dos processos de tomada de decisões de qualquer tipo, trazendo como consequência seu “empoderamento”, sua constituição como atores sociais e, em última instância, o fortalecimento da sociedade civil e do próprio processo democrático. As TIC permitem a esses grupos aumentar seu conhecimento dos problemas locais e globais, tomar decisões, estreitar suas relações com outros grupos e fortalecer sua organização e inserção em ações coletivas, aumentando a coesão e a cooperação para benefício mútuo (CNDSS, 2008).

A necessidade de informar o cidadão sobre riscos à sua saúde pode se contrapor ao princípio da privacidade das pessoas físicas ou jurídicas, porém, não é um princípio considerado eticamente como absoluto, ao contrário, tem seus limites fundamentados na possibilidade de causar danos à saúde da coletividade ou de terceiros identificáveis (FORTES, 2001).

Explorar e utilizar tais atributos e possibilidades da Vigilância Sanitária constitui um dos maiores desafios para os gestores da saúde - federais, estaduais e municipais - tendo em vista a necessidade de desenvolver e qualificar as possibilidades de intervenção preventiva no campo da saúde (LUCHESE, 2001).

2.5 DESCENTRALIZAÇÃO, POLÍTICAS PÚBLICAS E ECONOMIA

Desde meados dos anos 80, a descentralização das políticas sociais passou a ser vista como estratégia para a democratização das instituições e a aproximação dos cidadãos aos centros de decisões de seu interesse. Assim, a descentralização é também entendida como o instrumento mais adequado para o uso e a distribuição mais eficientes dos recursos públicos na busca pela maior resolutividade dos estabelecimentos de saúde. O local da decisão política, deslocado para mais perto do cidadão, permitiria sua maior participação na gestão pública, o que aperfeiçoaria o processo de alocação e fiscalização dos recursos. Além da relação com a eficácia da administração pública e com a democratização, a descentralização, no ambiente político, está associada ainda ao revigoramento do poder municipal, ao reforço à busca da equidade, da justiça social, da participação dos cidadãos no controle do Estado e à eliminação do clientelismo. A centralização, por sua vez, passou a ser associada a práticas não democráticas de decisão, à ausência de transparência, ao favorecimento de interesses privados, à ineficácia das políticas públicas e à falta de controle social sobre o Estado (LUCCHESI, 2001a).

Como COSTA (1999) havia apontado, a Lei nº 9.782/99 pretendeu dispor a respeito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, mas mostrou um vazio frustrante quanto a sua configuração, princípios e diretrizes. Limitou-se a remeter aos dispositivos da Lei nº 8.080/90, que abordam as distribuições de competências entre os três níveis de governo. A Lei Orgânica da Saúde tem caráter de generalidade, e a interpretação que é utilizada para pensar os serviços de assistência à saúde nem sempre se encaixa quando o objeto é a vigilância sanitária, a qual, insiste o autor, tem natureza e singularidades que a diferenciam da área da assistência, demandando debate próprio voltado a sua inserção no SUS, em especial, acerca da descentralização. Destaca-se a relevância de duas questões relacionadas com o processo de decisão política: i) como tornar as políticas mais eficientes nas soluções dos problemas

sociais; e, ii) como tornar o processo decisório sensível ao controle social. Enquanto a primeira questão demanda análise científica e profissional, ou seja, pede informações técnicas mais amplas e análise mais racional, o segundo exige que a decisão se mantenha sempre como processo político. Uma tensão natural estaria continuamente presente no interior desse processo, pois, ainda que complementares, a análise e a política teriam dimensões excludentes: aumentar o nível da razão e da análise no processo implica em abandonar alguns aspectos da democracia. De outro lado, os problemas sociais que atualmente ameaçam a organização social – deterioração ambiental, escalada da violência e crime organizado, por exemplo – intensificaram a exigência de políticas fundamentadas em análise técnica e científica mais cuidadosa (LUCCHESI, 2001a).

O SUS tem como diretrizes principais a descentralização, a integralidade do atendimento com prioridade à prevenção, e a participação da comunidade. A atividade de Vigilância Sanitária, portanto, não somente faz parte das competências do SUS, como tem caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva (LUCHESE, 2001b).

Ao longo do tempo, foram-se desqualificando os requisitos de qualidade, eficácia e segurança de um conjunto cada vez mais ampliado de tecnologias, produtos e serviços direta ou indiretamente relacionados com saúde, permitindo o crescimento do mercado sem as devidas análises de risco/custo-benefício e obediência ao princípio da precaução que deve nortear o tratamento das questões de interesse sanitário (COSTA, 2001).

A Vigilância Sanitária está imersa em um campo acirrado de disputas econômicas e políticas, que conferem às suas ações um grau de complexidade que vem aumentando, na medida em que a mundialização dos mercados financeiros, juntamente com o progresso das tecnologias de informação, garante uma mobilidade sem precedentes do capital, ao mesmo tempo em que aprofunda um processo de precarização do trabalho, que só faz aumentar a desigualdade entre os brasileiros. Tal processo amplia o número daqueles que estão política, econômica e socialmente excluídos, cada vez mais expostos aos históricos riscos à saúde, inerentes à situação de pobreza em que vivem acrescidos dos riscos referentes à introdução de novas tecnologias e produtos. Neste contexto, um dos principais mecanismos de defesa e de luta é o acesso à informação sobre estes riscos e aos seus respectivos processos de proteção e promoção de saúde (MORAES, 2001).

Assim, a inserção da VISA como prioridade nas agendas (nacional, estadual e municipal) acontecerá em maior ou menor intensidade conforme o valor ético-social com que

se trata a saúde das pessoas, e de qual for a interpretação majoritária sobre os princípios de justiça social e equidade que tenha a sociedade (FORTES, 2001).

As mudanças na política social do país, especialmente na área da saúde, a partir de 1990, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor. No campo da Vigilância Sanitária (VISA), a descentralização está estreitamente ligada à articulação entre as instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas. Autonomia e interdependência na construção de um sistema descentralizado imprimem novas estratégias ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de Vigilância Sanitária (PIOVESAN et al, 2005).

A perspectiva da descentralização/municipalização aparece como um instrumento adequado para o uso e a redistribuição mais eficiente e para a resolutibilidade dos serviços prestados. Reivindicam-se a descentralização das políticas sociais e de saúde, visando uma completa democratização das instituições e a diminuição da distância entre centros decisórios e cidadãos. Nesse sentido, em tese, a descentralização significa a possibilidade de implementação de políticas sociais segundo a lógica da equidade, com a ampliação do direito e do acesso a serviços e bens; permite a participação dos cidadãos na gestão pública e potencializa os instrumentos de fiscalização e de alocação dos gastos públicos (BODSTEIN, 2000).

A heterogeneidade decorrente das especificidades locais implicará na construção de pactos que expressem tal diversidade, abolindo-se, inteiramente, a unicidade do modelo de descentralização tradicional ou a utilização exclusiva da classificação das ações por níveis de complexidade. Nesse sentido, estabelece-se como ação essencial a revisão do processo de planejamento e execução das ações de vigilância sanitária sob uma nova óptica, a da responsabilidade sanitária, por meio da definição de um elenco norteador de ações que permita assimilar as diversidades locais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção frente à estrutura existente. Desta forma, o elenco de ações deverá ser pactuado localregionalmente, como parte integrante de um processo de desenvolvimento dos serviços de vigilância sanitária, capaz de subsidiar a descentralização e gerar ações mais efetivas para a promoção e proteção da saúde da população (BRASIL, 2007).

2.6 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A missão principal do Sanitarista é, pois, no âmbito da política pública, gerenciar ações em articulação com outros setores e segmentos sociais, para agir nas relações de causalidade, antecedendo-se aos efeitos danosos na saúde propiciados pelas ações sobre o espaço geográfico. Para fazer prevenção é preciso compreender os processos em jogo, encontrar as estratégias que garantam a maior efetividade das ações para o alcance da qualidade de vida e de saúde (AUGUSTO, 2005).

O Sanitarista cuida da saúde da população, portanto a dimensão de sua ação é coletiva. O Sanitarista é todo profissional que recebeu capacitação para exercer a função de gestão de políticas, de programas e/ou de serviços de saúde pública. Tratar os problemas de saúde no coletivo significa ver o homem em diferentes ecologias: na ecologia dele consigo mesmo, dele com o outro, dele com a natureza. Em suma: a sociedade com o resultado de suas relações com a natureza. Sabemos que o nível de saúde de um povo é uma expressão dessas relações. O Sanitarista é aquele profissional que cuida da saúde em todos os níveis de prevenção, isto é, na promoção, na proteção e na recuperação da saúde da população. Para tanto ele necessariamente tem que articular o nível individual e coletivo do processo saúde-doença. Ao tratar a dimensão coletiva, certamente lhe é requerido integrar o ambiente para uma compreensão do processo saúde-doença mais próximo da realidade. O Sanitarista, portanto, para o exercício de sua função, necessita de uma compreensão maior dos fenômenos geradores de nocividades ambientais, para que possa atuar na integralidade dos problemas e obter níveis de prevenção mais adequados e, assim, promover e proteger com maior efetividade a saúde dos grupos populacionais sob seus cuidados. Ao assumir a responsabilidade de cuidar da saúde coletiva, é fundamental compreender de qual população, de que ambiente, de que processos produtivos e de que desenvolvimento se está tratando. Reconhecemos que estão presentes em sua prática cotidiana as dimensões espaciais e históricas, ambas interdependentes e que precisam ser abordadas de forma integrada. A compreensão de que as pessoas ocupam o espaço geográfico de maneira dinâmica e são as condições sociais, econômicas, culturais e políticas das comunidades que orientam esse processo é um requisito elementar para o olhar do Sanitarista sobre a realidade em que atua. A Saúde Coletiva é o campo de conhecimento que busca embasar as ações do Sanitarista sobre a complexidade das relações sócio-ambientais que condicionam o modo de adoecer e morrer das populações. Em resumo, o Sanitarista precisa orientar-se pela compreensão ontológica dos problemas sobre os quais atua; sobre a epistemologia dos conhecimentos necessários à sua compreensão e por uma axiologia diante dos conflitos de interesse que conformam o seu

cotidiano profissional. Por esta razão a prática do Sanitarista não pode prescindir do apoio da filosofia. Para isto, ele tem que ser dotado de um “olho” interdisciplinar. No processo de produção do conhecimento, o uso do instrumental técnico-científico é confrontado com os sentimentos e com as outras formas de saber e de andar na vida dos sujeitos e das sociedades que dão sentido e explicam suas ações e idéias. São encontros geradores, criadores de oportunidades, que fazem nascer a novidade ou a ciência redefinida. Referem que é na construção do conhecimento científico que se engendram formas variadas de poder ver, pensar e relacionar dados de uma realidade, utilizando diferentes instrumentos de abordagem e de elaboração dentro de um construto do “real”. Este processo, por conseguinte, não é linear, mas complexo e histórico, que se dá de forma recursiva (como numa espiral), incorporando contradições e antagonismos, de forma dialética e dialógica, o que demanda reflexão e trabalhos concretos de várias gerações (AUGUSTO, 2005).

A formação dos profissionais, recurso essencial para o sistema de saúde, tem sido ao longo dos anos um dos mais sérios problemas do sistema de saúde e, no caso da Vigilância Sanitária, não tem merecido a atenção necessária para superar os muitos nós críticos, embora, frequentemente, figure no discurso institucional como componente fundamental de efetivação do SUS. Faz-se necessário, portanto, desvendar as formas de desenvolvimento do trabalho em Vigilância Sanitária, que têm se mostrado dificultadoras da apropriação, por parte dos trabalhadores, de todo o seu potencial comunicativo e de autogoverno. No campo de trabalho da Vigilância Sanitária, implanta-se fortemente a simbiose entre os interesses privados e a ineficiência estatal, decorrendo daí a grande dificuldade de seus trabalhadores em estabelecer uma relação e um diálogo com os formuladores e, então, utilizar-se da sua "tecnologia leve" para a transformação do setor. Destacam-se como singularidades do trabalho no setor Vigilância Sanitária, a sua complexidade, diversidade de profissionais envolvidos, múltiplas tecnologias e a proximidade dos contatos sociais. Outra característica, segundo a mesma autora, é a fragmentação, devido à hierarquia funcional que valoriza o trabalho em função da escolaridade e qualificação profissional. Destaca ainda a sua heterogeneidade, devido à diferenciação dos processos de trabalho no interior das instituições de saúde, mesmo que atendam a demandas semelhantes. “Trabalhadores e os usuários do serviço produzem-se mutuamente, como uma ‘máquina’ permanente de produções de ‘subjetividades’, de modos de sentir, de representar e de vivenciar as necessidades, na busca de um tempo perdido por nós, ‘reformadores’ de modelos de atenção à saúde”. No caso da Vigilância Sanitária, o que se pode observar é que seus trabalhadores, de modo geral, não têm acesso a um processo específico de capacitação, e os

cursos de graduação da área da saúde não têm privilegiado essa discussão em seus currículos. Esforços de formação direcionados para a área da Vigilância Sanitária são recentes (MATHIAS, 2002).

Segundo Villar (2008), o documento base do Ministério da Saúde que explicita a Política Nacional de Humanização (PNH) declara que esta deve ser entendida como uma valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, destacando a importância da co-responsabilidade, do estabelecimento de vínculos solidários, da construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão. Define como princípios basilares: a transversalidade, permeando toda política desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS); a inseparabilidade entre atenção e gestão; e a autonomia e protagonismos dos sujeitos. E como diretrizes, reforçando a perspectiva de reorientação do modelo de atenção: a ampliação da clínica; a co-gestão; o acolhimento; a valorização do trabalho e da saúde do trabalhador; e a defesa dos direitos dos usuários. O protagonismo dos sujeitos e coletivos pressupõe que um novo modo de fazer requer a inclusão de sujeitos, tanto em sua expressão singular como em sua expressão coletiva. Parte da premissa de que os profissionais de saúde e gestores são sujeitos que trabalham com, para e sobre outros sujeitos, os usuários, que, por sua vez, são sujeitos co-partícipes e todos são co-responsáveis. Este protagonismo abre a perspectiva da co-construção de sujeitos reflexivos e com grau importante de autonomia, assim como contribui para estimular a capacidade de reflexão e autonomia do usuário. O referencial sobre o conceito de autonomia da política de humanização tem como base os estudos de Campos (2006 apud VILLAR, 2008) que consideram a autonomia como capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com outros sujeitos, com seus desejos, interesses e valores, tendo então um caráter relativo e um exercício nos quais se expressa uma postura ética.

O profissional de saúde, o sanitarista, o educador, etc., podem e devem apoiar a comunidade para que ela mesma vença as suas dificuldades, e estas não devem ser ditadas por um único setor, mas construídas numa discussão intersetorial que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade cotidiana pela comunidade. Para tanto, faz-se necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, tenhamos ainda compromisso com o desenvolvimento de autonomia da comunidade fundamentado em certas atitudes como amor, escuta, afetividade, respeito, tolerância, humildade, alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, esperança, abertura à justiça. É necessário, então, auxiliar na descolonização vivida

pelas pessoas da comunidade em seu corpo, trabalhando com arte, cultura e subjetividade, ou seja, seus sentimentos, emoções, e verdadeiros desejos no intuito de fortalecer os processos de tomada de consciência e conquista da autonomia (WIMMER & FIGUEIREDO, 2006).

Em pronunciamento na Conferência Nacional de Saúde do Consumidor (1986), a então diretora da Divisão de Medicamentos da SNVS, Suely Rozenfeld, identificou várias dificuldades enfrentadas pela área de vigilância, inclusive na questão de seus trabalhadores, a despeito de todas as mudanças legislativas e organizacionais. Nesse sentido, questionava à época: um órgão de tal relevância deve se manter na atual situação de indigência administrativa, sem pessoal em quantidade suficiente, sem recursos materiais, como biblioteca ou recursos para consultoria especializada, com instalações e equipamentos precários? Como proposta para a situação por ela criticada, em especial as questões orçamentária, administrativa e de atuação dos funcionários, acrescentava que:

É preciso que se saiba que não devemos permanecer tão vulneráveis assim. É preciso remunerar adequadamente os profissionais para poder exigir. É preciso ter autonomia financeira e administrativa para criar quadros de ascensão funcional por merecimento e não por tempo de serviço. É preciso criar formas para recompensar os funcionários operosos e cômicos dos seus deveres, e punir os maus servidores. Se os tradicionais vícios e ranços do funcionalismo público do nosso país comprometem o papel do Estado perante a opinião pública, que dirá de um órgão cuja matéria-prima deve ser a imparcialidade e a justiça das medidas. É preciso introduzir no pensamento e na ação dos trabalhadores do setor e das áreas afins, o instrumental e a perspectiva de análise da saúde pública (COSTA et al., 2008).

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE

Promoção da Saúde (PS) é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global - Carta de Ottawa, 1986 (BRASIL, 2002).

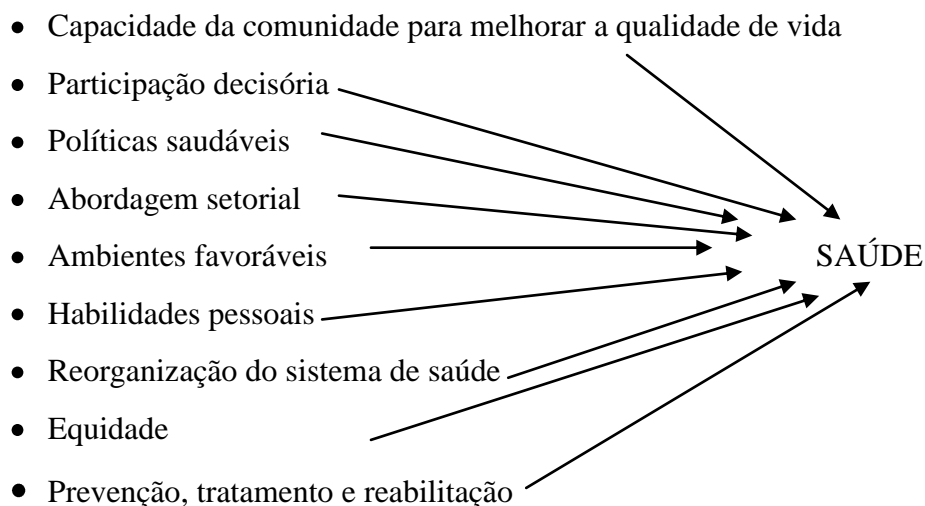
Promoção da Saúde é também definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela OMS (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005) assim como para as Conferências Mundiais realizadas pela UIPES (1991, 1995, 1998, 2001, 2004), e III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde (São Paulo, 2002). A definição acima chama atenção para o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (UIPES/ORLA, 2003).

A Promoção de saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delineia-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde - como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde,

entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004).

Neste sentido, a política de Promoção da Saúde pressupõe que o setor saúde não dá conta da saúde em seu conceito ampliado de qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais, e deve necessariamente articular-se aos demais setores, como: educação, trabalho, economia, justiça, meio-ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde, conforme consta, é importante lembrar, do Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que subsidiou o Capítulo Saúde da Constituição Brasileira (1988) e a legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde - Lei Nº 8080 de 19/9/1990. A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. É importante ressaltar o eixo político da Promoção da Saúde, entendendo-a como uma política de saúde e um campo da saúde pública (UIPES/ORLA, 2003).

Elementos de Promoção de Saúde:



A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através

da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (BRASIL, 2002).

São compromissos com a Promoção da Saúde, assumidos mundialmente pela Carta de Ottawa, em 1986:

- a) atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;
- b) agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;
- c) atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
- d) reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
- e) reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;
- f) reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida.

Diferente daquilo que poderia nos remeter a noções já bastante conhecidas e estabilizadas quando falamos de promoção da saúde, queremos nos remeter a entendimentos,

definições, posições teórico-políticas múltiplas, que implicam a construção de práticas, de ações em saúde distintas e com maior amplitude (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004).

Baseando-se no conceito de promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa, Nutbeam (1999) caracteriza a promoção da saúde eficaz como aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde. Tais determinantes incluem tanto aqueles que estão sob o controle das pessoas (condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde), como os que estão fora de seu controle (condições sociais, econômicas e ambientais, assim como a prestação de serviços). São propostos distintos pontos de vista ou critérios para a estimativa do êxito de um programa ou projeto de PS:

- a) responsáveis pela elaboração de políticas e gestores de programas: o êxito é estimado em termos de impacto econômico, isto é, da relação entre a inversão de recursos e os resultados de saúde a curto prazo;
- b) promotores da saúde: o êxito é definido em termos de objetivos alcançados em curto prazo, em condições de vida real; supõe a viabilidade da implantação e de que as pessoas envolvidas e organizações se comprometam com as ações;
- c) população beneficiada: quando o programa aborda prioridades que a população tenha identificado ou reconhecido;
- d) pesquisadores: o êxito pode ser medido em termos de rigor metodológico e sucesso em resultados pré-determinados; supõe a aplicação de regras de evidência.

A efetividade de uma intervenção de promoção da saúde é reconhecida quando seus resultados são favoráveis ou exitosos, em condições de vida real com sustentabilidade. Um exemplo é dado na Figura 1. Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Nesta visão, são estratégias da Promoção da Saúde: intersectorialidade; mobilização social e de parcerias na implementação das ações; sustentabilidade; e defesa pública da saúde (advocacia ou *Advocacy*). Sua meta é qualidade de vida e seus princípios norteadores são equidade, paz e justiça social (UIPES/ORLA, 2003).

Ações de promoção da saúde	Educação Ênfase no processo educativo (valores, princípios, métodos, técnicas) Construção compartilhada do conhecimento: valorização dos diferentes saberes: técnico-científico e popular. Metodologias participativas. Educação popular, Educação ambiental, Educação em saúde, em distintos cenários. Interação com os meios de comunicação. Estímulo ao desenvolvimento da cidadania	Mobilização social Sensibilização e mobilização da sociedade. Participação social. Interesse social e controle social. Apoio a processos de organização social. Construção de parcerias. Programas intersetoriais. Definição de condições determinantes psicossociais (âmbito institucional) e contextuais (âmbito político-econômico-social). Assessoramento técnico.	Advocacia Vontade política. Defesa pública de programas, propostas, pleitos. Divulgação e defesa através dos meios de comunicação, publicações, seminários, congressos, etc. Contatos com autoridades. <i>Lobby</i> e ativismo.
Resultados da promoção da saúde (<i>medidas de impacto das intervenções</i>)	Desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais Resgate/construção de auto-conhecimento e auto estima. Novas motivações e interesses. Autonomia pessoal. Exercício da cidadania (no sentido de exercitar). Atitudes e comportamentos participativos.	Ação e influência sociais Planejamento participativo em programas e ações. Processos de controle social: empoderamento da comunidade. Participação comunitária ou em movimentos sociais. Formação de opinião pública.	Políticas públicas saudáveis e práticas organizativas Declarações políticas, legislação, regulamentação (ex. limitação do acesso ao fumo, álcool e drogas; políticas habitacionais, de educação e saúde, etc). Destinação de recursos. Práticas organizativas efetivas (viabilizadas, concretizadas, aprimoradas).
Resultados intermediários sociais e de saúde (<i>determinantes de saúde modificáveis</i>)	Estilos de vida saudáveis Exercício da cidadania (no sentido de exercer). Cuidados com a saúde e com o ambiente. Possibilidades de escolhas saudáveis: dieta, atividade física, lazer, redução do <i>stress</i> , redução do fumo e do consumo de álcool e drogas, práticas de auto-ajuda.	Serviços eficazes (públicos e outros) Prestação de serviços preventivos e públicos em geral. Ampliação do acesso a condições de vida saudável: habitação, ambiente saudável, educação, alimentos, transporte, lazer, serviços de saúde, ocupação/trabalho e geração de renda (cooperativismo). Formação de redes sociais de apoio.	Ambientes saudáveis Ambiente físico seguro. Vigilância sanitária e ambiental. Ambientes livres de tabaco, álcool e outras drogas e outros poluentes. Promoção da Saúde em distintos cenários (habitação, escola, serviços, locais de trabalho, municípios). Condições econômicas e sociais que apoiem a saúde.
Resultados sociais e de saúde sustentáveis: Inclusão social, autonomia, equidade, qualidade de vida (bem estar), e redução da morbidade, das limitações em geral, da mortalidade evitável.			

Figura 1 – Modelo de Resultados da Promoção da Saúde

Fonte: Nutbeam, 1999, adaptado por UIPES/ORLA, 2003.

3.1 INTERSETORIALIDADE

Diz o Plano Diretor de Vigilância Sanitária:

Construir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e conferir-lhe efetividade é uma tarefa política que requer um esforço de articulação em todas as esferas de governo do SUS. Implica simultaneamente na construção da intersectorialidade e interinstitucionalidade no âmbito de diversos organismos da economia e da saúde, da esfera pública e da sociedade civil, pois proteger e promover a saúde ultrapassa o âmbito setorial (BRASIL, 2007).

O compromisso do setor saúde na articulação intersectorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Por isso, o Pacto pela Saúde estabelece que é tarefa do setor saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população, quando forem construir suas políticas específicas (BRASIL, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a intersectorialidade na saúde se constitui em estratégia que busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor. Ela se caracteriza pela atuação em conjunto com outros setores ou partes desses tendo em vista resultados mais efetivos que os que poderiam ser alcançados pela saúde isoladamente (COSTA et al. 2006).

Intersectorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes sejam usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004).

Para Inojosa (1998), uma gestão municipal comprometida com a cidadania amplia “as condições de qualidade de vida e o exercício dos direitos de uma dada população, com o objetivo de promover o compartilhamento de riqueza material e imaterial disponível em um grupo social, em determinado momento histórico”.

Se o governo assume o compromisso de adotar políticas que tornem a cidade saudável, que promovam a qualidade de vida e o desenvolvimento social e atendam aos

direitos dos cidadãos, deve rever suas estruturas e assumir uma forma de organização que dê conta da ampla determinação dos problemas ou da multicausalidade dos mesmos – e esta é uma questão extremamente complexa. A mudança da lógica de governar setorialmente para a uma lógica intersetorial é praticamente uma exigência deste tipo de projeto e “a intersetorialidade tem no campo do fazer significação semelhante à interdisciplinaridade na construção do saber” (Mendes, 1996 apud WESTPHAL e MENDES, 2000; CNDSS, 2008).

A ação intersetorial implica não apenas uma agregação formal de órgãos responsáveis, mas a definição de objetivos claros da ação e atribuições de atividades e responsabilidades. Pressupõe, ainda, a efetiva articulação de atores e organizações envolvidas nas várias etapas dos processos de implementação. Isso é particularmente verdadeiro para um tipo de intervenção onde ações oriundas de diferentes setores se articulam para enfrentar, de forma integrada, um problema que se manifesta em determinada população-alvo. Além disso, do ponto de vista institucional, a ação intersetorial diz respeito a relações horizontais (entre setores) e verticais (entre níveis federativos). Ou seja, ocorre tanto no nível federal quanto no local, e ainda que um programa tenha sido formulado com desenho intersetorial, como forma de enfrentar as vulnerabilidades de maneira integrada, a implementação de suas ações ocorre no nível local, dependendo de um conjunto de outras condições, entre as quais, as políticas, as organizacionais e as de gestão. O desenho federativo brasileiro dá poder de decisão às administrações locais em um conjunto de atividades e ações necessárias à implementação de programas e ações do governo federal. Por outro lado, o modo setorial como os órgãos governamentais se organizam e operam, nos três níveis federativos, limita uma efetiva integração entre ações. Isso ocorre mesmo que o alvo seja um único grupo ou problema social e mesmo que as ações ocorram em um só espaço ou território, embora existam experiências inovadoras, sobretudo no nível local. A maior parte dos representantes da sociedade civil nos diversos Conselhos representativos tem uma visão mais integrada, menos fragmentada, dos problemas do território onde atuam, do que a visão dos profissionais e gestores, que costuma ser setorial. Embora os líderes comunitários identifiquem vários problemas que ultrapassam os limites de um único setor de atuação governamental, os encaminhamentos para a resolução de problemas são endereçados ao setor ao qual o Conselho está vinculado, o que limita a efetividade das respostas. O formato setorial desses Conselhos também induz à fragmentação setorial das políticas, retirando deles a possibilidade de funcionarem como instâncias integradoras e intersetoriais (CNDSS, 2008).

3.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Considerando as prerrogativas legais da Vigilância Sanitária – de interferir no espaço em que atuam forças de mercado e no jogo de interesses econômicos, cujos resultados influenciam diretamente as condições de vida e de saúde das pessoas – os mecanismos de participação e controle social são essenciais para que todos os agentes que atuam na saúde e na produção de produtos e bens de consumo não comprometam as ações fundamentais para o cumprimento da missão legal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Torna-se fundamental o debate público das decisões que possam afetar a segurança das pessoas e da coletividade, inclusive na feitura das normas administrativas (BRASIL, 2007).

Observa-se que a vigilância sanitária esteve, em alguns momentos, na pauta das discussões dos mecanismos de participação e controle social, como: a I Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em 1986; a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, onde se apontou a necessidade de realização da conferência temática de vigilância sanitária; e a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, cujo tema central tratou da efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com vistas à proteção e à promoção da saúde, assim como à construção da cidadania. A exemplo das demais áreas da Saúde Coletiva já existem, hoje, instâncias formais de participação e controle social direcionadas à vigilância sanitária. Entretanto, igualmente às demais áreas da saúde, tal participação e controle só podem ser exercidos mediante o conhecimento pela sociedade do que é vigilância sanitária e mediante o reconhecimento de sua importância como campo de promoção e proteção da saúde. Assim, entendendo que essa discussão atualmente é frágil, é importante enfatizar a necessidade de se promover ações que elevem a consciência sanitária da população de forma que tal participação e controle se efetivem (BRASIL, 2007).

Por sua natureza, a vigilância sanitária pode ser concebida igualmente como espaço de exercício da cidadania e do controle social, que, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais, exige ação interdisciplinar e interinstitucional. A comunicação e a educação podem ganhar expressão concreta nas ações de mobilização dos profissionais de saúde, da comunidade e dos movimentos sociais, para que esses atores re-signifiquem e reconstruam suas práticas. O desenvolvimento de instrumentos e mecanismos que possibilitem o diálogo entre os segmentos da sociedade, como os fóruns de discussão e as audiências públicas, são outras estratégias de estímulo à

participação da sociedade que podem promover o debate dos principais desafios da área (BRASIL, 2007).

[...] é imprescindível, para a melhoria contínua das ações de Vigilância Sanitária, a conscientização da população de seus direitos, para que possa efetivamente cobrá-los, pensando a saúde como parte de um projeto de vida baseado na autonomia, na democracia e na justiça social (BRASIL, 2007).

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre as diferenças, em relação à saúde, existentes na sociedade (BRASIL, 2002).

Uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de autorregulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004):

- A. Uma sociedade democrática só é possível via o caminho da participação dos indivíduos e grupos sociais organizados.
- B. Não se muda a sociedade apenas com a participação no plano local, micro, mas é a partir do plano micro que se dá o processo de mudança e transformação na sociedade.
- C. É no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social.
- D. É no território local que se localizam instituições importantes no cotidiano de vida da população, como as escolas, os postos de saúde etc. Mas o poder local de uma comunidade não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política (GOHN, 2004).

O “empoderamento” da comunidade, para que ela seja protagonista de sua própria história, tem sido um termo que entrou para o jargão das políticas públicas e dos analistas, neste novo milênio. Trata-se de processos que tenham a capacidade de gerar processos de desenvolvimento auto-sustentável, com a mediação de agentes externos - os

novos educadores sociais – atores fundamentais na organização e o desenvolvimento dos projetos. O novo processo tem ocorrido, predominantemente, sem articulações políticas mais amplas, principalmente com partidos políticos ou sindicatos.

Em síntese, estamos vivendo um novo momento na trajetória do associativismo brasileiro. Não podemos perder de vista que essas novas redes associativistas também estão contribuindo para o *empowerment* (empoderamento) dos setores populares em nossa sociedade, ainda que de forma muito pontual por trabalharem com projetos focalizados e tratarem os demandatários excluídos como clientes de serviços sociais. Mas os problemas sociais são graves e necessitam respostas urgentes. Por isso o terceiro setor, de perfil mais corporativo, estruturado com o apoio de grandes grupos ou companhias empresariais, atuando nas franjas da nova economia social, segundo as regras da economia de mercado, tende a predominar sobre os movimentos e as ONGs que trabalham de forma processual, com ênfase na capacidade da sociedade se organizar e defender seus interesses, na construção de novos atores sociais que representam distintos interesses e que atuam em defesa da cidadania. Um dos problemas dessas instituições com perfil democrático e participativo é que seu impacto na realidade é lento. É preciso dinamizá-las. Disso tudo resulta um cenário contraditório, no qual convivem entidades que buscam a mera integração dos excluídos por meio da participação comunitária em políticas sociais exclusivamente compensatórias; com entidades, redes e fóruns sociais que buscam a transformação social por meio da mudança do modelo de desenvolvimento que impera no País, inspirados num novo modelo civilizatório no qual a cidadania, a ética, a justiça e a igualdade social sejam imperativos, prioritários e inegociáveis. A importância da participação da sociedade civil se faz neste contexto não apenas para ocupar espaços antes dominados por representantes de interesses econômicos, encravados no Estado e seus aparelhos. A importância se faz para democratizar a gestão da coisa pública, para inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que não atendam apenas as questões emergenciais, a partir do espólio de recursos miseráveis destinados às áreas sociais (GOHN, 2004).

A temática da esfera pública auxilia-nos a entender a importância da sociedade civil organizada, pois ela é um dos atores fundamentais do Poder Local. A esfera pública adentra nos espaços públicos, dialogando com os seus grupos organizados e realizando parcerias em ações conjuntas com os mesmos. Certamente que, se os atores participantes dos pactos e parcerias na esfera pública advirem de sujeitos políticos organizados nos espaços públicos da sociedade civil, com pouca representatividade, fracos laços de pertencimento social, projetos, valores e visões de mundo não-cidadãos, voltados para coletivos organizados

apenas como grupos de interesses, grupos de pressão, ou grupos focais que atuam segundo regras exclusivas do mercado, seus resultados e impactos, não se pode esperar avanços na democratização das relações povo-governo e nem mudanças sociais significativas em direção a projetos emancipatórios, que contemplem a justiça, a igualdade, etc. Esta forma de atuação tem como objetivo alterar, progressivamente, a subordinação (ou apatia) da sociedade civil frente ao Estado. Altera, também, a cultura de participação da sociedade civil, no sentido dos grupos progressistas priorizarem pautas coletivas, deixando de lado “picuinhas” e divergências em torno de interesses particulares e corporativistas. Ser representante das demandas e interesses da sociedade implica em realizar mediações e intermediações. Decisões políticas democráticas envolvem mudanças tanto no campo estatal como na própria sociedade civil, desde que certos princípios democráticos não sejam abandonados, mas sejam marcos referenciais, quais sejam: justiça, liberdade, solidariedade e igualdade com respeito às diferenças (GOHN, 2004).

A criação dos Conselhos como novos espaços institucionais de participação social não apenas possibilita maior eficiência da gestão pública, como também permite a constituição de novos sujeitos políticos com acesso ao poder, favorecendo a ampliação do espaço público. Como canal de participação entre a sociedade e o poder público, os Conselhos possibilitam que os interesses de cada cidadão sejam levados ao poder público e destes para a sociedade. Apesar dos Conselhos não apresentarem grande influência na tomada de decisões, é em sua atuação como canal de participação e como controle social que os gestores de saúde atribuíram maior importância. Isso demonstra que estas instâncias têm sido percebidas como espaços de discussão entre diversos atores sociais. Percebeu-se que os gestores atuais estão mais abertos ao diálogo e à participação social e que esta participação está tornando as gestões de saúde mais transparentes e suscetíveis ao controle social. Portanto, a perspectiva é de que se caminhe para uma democracia deliberativa (MONTEIRO & FLEURY, 2006).

As redes sociais e comunitárias, incluídas no modelo de Dahlgren e Whitehead entre os determinantes sociais da saúde, são constituintes do chamado capital social, entendido este como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Além do contato com amigos e parentes, diferentes formas de participação social, como pertencer a grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes de recreação também representam formas pelas quais grupos de pessoas mantêm-se em contato e estabelecem vínculos sociais (CNDSS, 2008).

3.3 REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Falar da promoção da saúde no Brasil é também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004).

Campos (2001) nos lembra que a Vigilância Sanitária tem, também, uma dimensão política. Frequentemente, apenas a norma legal é insuficiente para proteger a saúde de indivíduos e grupos populacionais. Além disso, toda norma, ou limite legal, se origina tanto de um conhecimento técnico, quanto de disputa de interesses. As normas de saúde são comumente produto de embates sociais e políticos. Neste sentido, a VISA vem desenvolvendo um trabalho estratégico, ou seja, os agentes do Estado estão obrigados a constituir aliados e parceiros na sociedade civil, bem como a elaborar projetos de abrangência intersetorial, até mesmo para fora de sua área de competência. A Vigilância Sanitária é responsabilidade do Estado, mas também da sociedade civil. Todavia, aqui há um limite que as técnicas oriundas das ciências políticas (sobretudo o planejamento estratégico) não conseguiram superar. Não tem bastado ao Estado certo grau de poder para controlar este ou aquele setor produtivo. Ainda que isto seja fundamental, é necessário também envolver a sociedade na defesa de sua própria saúde. E mais, como as normas sobre a saúde têm uma origem complexa – possuem várias dimensões: uma técnica, uma política, uma cultural, outra subjetiva, etc. – é interessante envolver a sociedade desde o momento de elaboração dessas normas e regras, e não somente quando de sua aplicação (Campos, 2001).

A Carta de Ottawa estabelece que a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos

setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar (BRASIL, 2002).

A descentralização é a condição para a eficácia política em razão da exigência de fluxo de informação a partir da base e do reconhecimento de sua autonomia (Giddens, 2001 apud BODSTEIN, 2002). Mesmo não havendo automatismo entre descentralização e maior *Accountability* e controle social, como chama a atenção Giddens, o processo de descentralização, com todos os problemas e críticas, parece constituir-se em um avanço no caminho do diálogo entre as políticas públicas e a sociedade. Trata-se de acentuar a importância, na sociedade moderna, de reinventar e ampliar espaços de diálogo político, de negociação e de consenso a partir dos interesses e contextos locais.

A prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa pelas próprias características de seu objeto:

- primeiro, porque saúde-doença não é um produto ou mercadoria comum tal como ocorre em outros setores. A medicina é uma prática orientada para o consumo individual e coletivo e requer a adequação do saber às necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos seres humanos, na forma em que são percebidas e julgadas por estes e não apenas pelas autoridades científicas;

- segundo, porque o consumo do cuidado de saúde se dá no momento do ato da produção;

- terceiro, porque a meta do cuidado de saúde é melhorar a saúde. Assim, o impacto de cada ato dependerá de sua capacidade de intervenção, isto é, da forma como afetará a vida de cada um;

- quarto, porque as relações econômicas de compra e venda, ou oferta/consumo, estão respaldadas por relações jurídicas de garantia de qualidade que conferem direitos ao consumidor e garantem seu status de cidadão;

- quinto, porque cada vez mais os usuários dos serviços de saúde envolvem-se nas questões de medicina e saúde, seja através de denúncias sobre erros médicos ou mau atendimento, seja através da organização de pacientes em associações ou participação da comunidade nos conselhos municipais, questionando os procedimentos médicos, os sistemas de saúde e se interessando cada vez mais pelas formas pelas quais se presta o cuidado médico (CARVALHO & EDUARDO, 1998).

Da mesma forma, a informação em saúde deve ser entendida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócio-econômica,

demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde. As teorias sobre planejamento em saúde, visando aprimorar as técnicas de reordenação das instituições de saúde e racionalização de suas atividades, incorporam as noções sobre sistemas de saúde e sistemas de informação, com base na “Teoria de Sistemas”. Segundo essa teoria, a constituição de um sistema implica uma interação entre todos os componentes da realidade que deverá ser captada por ele. Busca-se, através do sistema, a recomposição de um todo, que será possível mediante o conhecimento e a comunicação (fluxos) entre as partes. Na gerência de serviços de saúde, é básica a necessidade de cadastro de pacientes, população e estabelecimentos; registro das atividades desenvolvidas; conhecimento do perfil de doenças atendidas; da mortalidade; do número de profissionais de saúde; número de consultórios; leitos; medicamentos utilizados; gastos efetuados e tantas outras informações. Além disso, essas informações necessitam ser cruzadas para se conhecer o *modus operandi* dos serviços, o alcance de suas metas, objetivos e impactos. Todos esses dados devem ser processados de forma integrada e em tempo oportuno para a tomada de decisão, mesmo em municípios muito pequenos (CARVALHO & EDUARDO, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é necessário, ao proceder a avaliações em saúde, um número mínimo básico de indicadores para que se possam conhecer os principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde.

A OMS classifica os indicadores em:

- a) específicos, isto é, aqueles que refletem as mudanças decorrentes da introdução de uma determinada medida de saúde; e
- b) não-específicos, aqueles que se referem aos inúmeros fatores que afetam o estado de saúde da população, como o desenvolvimento socioeconômico, as condições de vida, habitação, trabalho, dentre outros.

Esses indicadores propostos, utilizados na avaliação de eficácia e efeitos dos serviços, foram agrupados em relação à política sanitária, às condições socioeconômicas, ao estado da prestação de atenção à saúde e ao estado de saúde da população. Os indicadores de política sanitária e da prestação de atenção à saúde são voltados à análise de eficácia dos serviços. Os sociais e econômicos e do estado de saúde, devem ser utilizados nos estudos de efeitos ou resultados.

Na concepção anteriormente proposta, os indicadores foram classificados por Carvalho e Eduardo (1998) em cinco modalidades:

- a) Indicadores da política sanitária, que englobam o compromisso político de alcançar saúde para todos, distribuição de recursos suficientes para a atenção primária em saúde, grau de equidade na distribuição de recursos, grau de participação da comunidade na obtenção de saúde, existência de estrutura orgânica e administrativa adequada como estratégia nacional para o alcance de saúde para todos, e manifestações práticas de compromisso político internacional em favor de saúde para todos;
- b) Indicadores sociais e econômicos, como taxa de crescimento da população, produto nacional bruto (PNB) ou produto interno bruto (PIB), distribuição de recursos e gastos com a saúde, condições de trabalho, índice de analfabetismo de adultos, condições de habitação e disponibilidade de alimentos energéticos por habitante;
- c) Indicadores da prestação de atenção à saúde, como aqueles relacionados com disponibilidade, acessibilidade econômica e cultural, utilização dos serviços e indicadores da qualidade da assistência;
- d) Indicadores da cobertura da atenção primária de saúde, como o nível de “alfabetismo sanitário”, disponibilidade de sistemas adequados de água e esgoto, acesso das mães e crianças à atenção à saúde local, assistência adequada ao parto, cobertura vacinal adequada das crianças em relação às principais doenças infecciosas imunizáveis, disponibilidade de medicamentos essenciais durante todo o ano, acesso aos serviços de referência e relação adequada de profissionais de saúde por habitante, tanto no nível da atenção primária quanto no da referência;
- e) Indicadores do estado de saúde, como percentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, taxas de mortalidade perinatal e infantil, estado nutricional e psicossocial das crianças.

O diálogo entre academia e gestores adquire crescente importância. No caso da pesquisa e dos estudos de caráter acadêmico, é crucial, mais do que nunca, a capacidade de identificar as perguntas pertinentes e buscar o desenho de investigação mais adequado, assim como a geração de informação que traga subsídios para os gestores e a sociedade de uma maneira geral. O fato é que experiências virtuosas no setor saúde apontam para a melhoria no desempenho gerencial e na maior responsabilidade social como principais determinantes do fortalecimento do SUS nos municípios. A reorganização da rede de serviços locais de saúde,

tanto em termos quantitativos como qualitativos, representa um processo fundamental na reforma setorial e fortemente dependente da capacidade de gestão. Como ressaltamos anteriormente, as variações no desempenho gerencial explicam, em grande parte, as variações em termos de resultados e impactos na saúde da população. A descentralização, em situação de permanente déficit de democracia e de responsabilidade com a gestão pública, embora sob risco de ser encapsulada no circuito do clientelismo/assistencialismo de viés populista, constitui pré-requisito para o fortalecimento da cidadania e do controle social (BODSTEIN, 2002).

A integralidade de assistência, segundo o texto legal (Lei nº. 8080/90), é entendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Mesclam-se, aí, ações de promoção, proteção e recuperação de agravos à saúde que, diante da complexidade que se faz presente, exige a ação de pessoas com diferentes especialidades e capacitações. A integralidade, portanto, é de ordem da multidisciplinaridade e envolve múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar resposta a demandas e necessidades, o que introduz um curioso imbróglgio discursivo, na visão de SPINK (2007).

O eixo da argumentação desenvolvida é que a focalização pode representar, quando muito, uma resposta engenhosa para a alegada escassez de recursos públicos, mas seguramente não constitui, em si mesma, uma alternativa para o equacionamento dos graves problemas sociais presentes na realidade brasileira. As “vítimas” da ordem capitalista no conjunto dos países latino-americanos, em especial no Brasil, são numerosas demais para encontrarem abrigo decente sob o teto estreito de ações compensatórias gestadas pelo pragmatismo racionalizador da focalização, consoante o receituário de organizações multilaterais do porte do Banco Mundial. A questão não se prende a contrapor a focalização à universalização como princípio norteador das intervenções públicas na área social. Não há que se fazer opção por uma delas, como se fossem excludentes, mas, ao contrário, examinar formas de conciliá-las que sejam capazes de contribuir efetivamente para a promoção de melhorias sustentadas no bem-estar da sociedade. Entende-se que qualquer ação focalizada deve estar sintonizada e articulada à prestação de serviços homogêneos, acessíveis ao conjunto da população e revestidos de um padrão de qualidade que não afronte a dignidade humana (SOUZA & CARNEIRO, 2007).

3.4 ADVOCACY

Advocacy em saúde é uma combinação de ações individuais e sociais destinadas a conseguir transformações políticas, apoio para as políticas de saúde, aceitação social e apoio de sistemas para um determinado objetivo ou programa de saúde (OMS, 1995).

Advocacy é defender e argumentar em favor de uma causa, demanda ou posição; caracteriza-se por iniciativas de incidência ou pressão política, de promoção e defesa de uma causa e/ou interesse, de articulações mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar maior visibilidade a determinadas temáticas ou questões no debate público e influenciar políticas visando a transformação da sociedade. *Advocare*, em latim, significa ajudar alguém que está em necessidade; em inglês, provêm do verbo *to advocate*, e em português, do verbo advogar. *Advocacy* em promoção de saúde é um processo de mudança e transformação social visando tornar mais democráticas as relações de poder com maior participação de grupos excluídos nos processos de tomada de decisão, promovendo cultura política transparente, participativa e democrática (LIBARDONI, 2000).

Dentre os objetivos gerais de *Advocacy* podemos citar:

- a) Promover nova visão de sociedade e mundo;
- b) Promover relações mais igualitárias;
- c) Respeitar os direitos humanos fundamentais;
- d) Preservar o meio ambiente;
- e) Promover equidade na distribuição dos benefícios do desenvolvimento.

As ações de *Advocacy* podem ser implantadas através de convencimentos, campanhas junto à mídia e mesmo coerção, e devem necessariamente possuir os seguintes elementos:

- a) Definição especificamente do grupo a representar;
- b) Propostas concretas que sejam ouvidas pelo público ou instituições;
- c) Informações e argumentos bem fundamentados para aumentar a credibilidade;
- d) Desenvolvimento de estratégias bem estruturadas.

Accountability e *Constituency* são dois termos ligados ao processo de *Advocacy* e possuem os significados respectivos:

Accountability é a prestação de contas e responsabilização das instituições públicas, tomadores de decisão, bem como, das próprias organizações da sociedade civil, através da transparência, acesso às informações dos processos de tomada de decisão com a finalidade de dar maior sustentabilidade, relações democráticas internas, identificação de responsabilidades, clareza na realização das metas, autoria e identidade do grupo. *Constituency* representa os grupos de interesses diretamente afetados pela questão ou que não estejam afetados, mas tenham interesse na solução, e indivíduos que possuem qualquer relação de reciprocidade. Em uma discussão sobre o tema *Advocacy* é imprescindível lembrar de seus conceitos básicos. Inicialmente, seus principais elementos são: assegurar o direito e universalidade a saúde, através do cumprimento das leis; monitorar os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no cumprimento das mesmas; voltar-se a grupos verdadeiramente representativos da comunidade, fortalecendo sua influência política e social, reconhecendo seus principais interesses e necessidades, e traçando estratégias confiáveis para tanto e baseadas neles. A legitimidade é importante na advocacia em saúde, sendo que deriva de alguns pressupostos: a definição do grupo que irá representar, principalmente para as ONGs; propostas bem determinadas e voltadas ao problema do grupo, que possam ser ouvidas e acolhidas a quem de interesse, devem estar bem embasadas na realidade, para que possam dar credibilidade às ações; finalmente, as estratégias tem como pressuposto os problemas legítimos e devem ser elaboradas por especialistas no assunto, ou orientadas por esses. No âmbito político, a *Accountability* envolve desde as promessas feitas em campanhas políticas até o cumprimento e aprovação de leis legítimas. Cuida também para que interesses pessoais de governantes e políticos não contaminem ou impeçam que leis de interesse coletivo sejam cumpridas, nem que outras sejam feitas em interesse de grupos mal intencionados (LIBARDONI, 2000).

Enfim, *Advocacy* enfatiza o redimensionamento político de atividades essenciais a população e as suas demandas, e baseia sua potencialidade e esforços com esse embasamento (AZEVEDO, 2003).

3.5 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL &

CLARCK, 1976). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais". As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

Desde o início da humanidade, o ser humano preocupa-se, e muito, com o momento e o modo de enfrentar a morte, vencer as doenças e conseguir, principalmente, prevení-las para que o agente etiológico não se hospede no organismo. As doenças eram consideradas um sinal de cólera divina e, com o auxílio da natureza, o homem conseguia deter este castigo através de rituais xamânicos e animistas; o feiticeiro utilizava-se de produtos de origem mineral, animal ou vegetal para concretizar seus rituais na luta pela sobrevivência. O conceito de prevenção é, ao mesmo tempo, múltiplo e fabuloso. Múltiplo pela sua capacidade de diversidade de abordagens, o conceito pode abranger aspectos sociais, culturais, históricos, médicos e epidemiológicos. Fabuloso porque, ao trilharmos historicamente os sentidos do adoecer e do morrer, e, por conseguinte, do evitar a doença e a morte, nos deparamos com narrativas que se baseiam no concreto e no imaginário, cercadas de convicção nas forças do mal e do bem arrastando, em suas essências, o doentio e o salutar. No mundo bíblico e medieval, é interessante observar que estas polaridades se cruzam: bem/mal e doentio/salutar relacionam-se no âmbito de divindades celestiais ou diabólicas, numa união que parece querer transparecer uma parceria. O advento da era bacteriológica proporcionou, em sua racionalidade, o acalantar do sonho unificador da causalidade única e irrecorrível. Bastaria isolar ou identificar o agente vivo específico para solucionar toda a problemática apresentada à Medicina. Vacinar, em uma determinada ocasião, ou prescrever antimicrobianos, em outro momento, seria suficiente para resolver todas as questões. As transformações e epidemias que assombravam a sociedade do início do século XX, como o Cólera na Europa e a Febre Amarela no continente americano, trouxeram a necessidade de repensar as prioridades no que dizia respeito à prevenção e à saúde dos habitantes desses continentes. Era sabido que o

Cólera era um agravante dos dois lados do Atlântico, mas a temida *Yellow Jack* deixava suas marcas no Brasil, Uruguai, Argentina e Estados Unidos; assim, em 1902 os especialistas de todo o continente americano uniram-se para fundar um órgão preocupado com questões deste Continente, nascendo o que hoje é a Organização Pan-Americana da Saúde. Em relação ao Brasil, é importante salientar o papel desempenhado por muitos pesquisadores que se voltaram para as questões sanitárias. Oswaldo Cruz, implementou um projeto similar no Rio de Janeiro, chamado Instituto Manguinhos, atualmente uma das mais fortes instituições de pesquisa em saúde no Brasil. Não devemos nos esquecer de outros importantes nomes de pesquisadores brasileiros, como Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emílio Ribas e Carlos Chagas, que foi nosso representante na OPAS no início do século XX. Estes sanitaristas e pesquisadores representaram uma extraordinária fase na história da saúde pública brasileira, fase esta em que se acreditava obter solução para várias questões referentes à saúde da população. Analisando como um movimento, a Medicina Preventiva nasceu, através das condutas preventivas adotadas no decorrer da sua história, em um campo formado por três vertentes: a primeira ligada à higiene, que aparece no século XIX, ligada profundamente ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; a segunda vertente relaciona-se aos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40, nos Estados Unidos; e a última vertente relaciona-se ao aparecimento de uma redefinição das responsabilidades no interior da educação médica (CAMPOS, 2002).

Entretanto, a medicina preventiva, mesmo ampliando o espaço para a atuação do profissional de saúde, não dá conta de todo o processo saúde-doença: ela pode identificar riscos, atuar sobre eles, mas não é de sua alçada a gênese desses riscos; nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios para prevenir a sua existência, etc. De fato, se é verdade que a medicina preventiva deu origem ao novo paradigma, não chegou a romper com o antigo. Necessário mencionar que esse encaminhamento à nova visão da saúde não se deu somente via medicina preventiva. Entre várias áreas com afinidade para a nova abordagem holística da saúde, a ampliação do conceito de educação sanitária, afastando-se da abordagem higienista, contribuiu para um dos elementos mais importantes do novo paradigma, a promoção da saúde. Isso implica o entendimento de que saúde resulta de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais que se combinam de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis. A vigilância à saúde baseada nesse paradigma atua sobre os produtos, os processos e os insumos dos problemas, ou seja, não incide apenas nos produtos finais do processo – mortes, sequelas, enfermidades e agravos – mas também nos assintomáticos – suspeitas,

expostos, grupos de risco e necessidades sociais de saúde. Assim, às estratégias de intervenção dessa prática correspondem diferentes tipos de controle: o dos danos de riscos e de causas, ou seja, o controle de condicionantes e determinantes (WESTPHAL e SANTOS, 1999).

Entre as ações mais comumente desenvolvidas para atender a esses elementos citam-se:

- a) Promoção de Saúde – definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde como "um processo que confere ao povo os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde" (Carta de Ottawa, 1986), propõe a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes da mesma. A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) reconhece a promoção da saúde como prioridade programática, e reitera a importância da participação da sociedade civil e da ação intersetorial, definindo-a como: "uma soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva". Refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Além da ação intersetorial e intrasetorial, ainda se caracteriza por ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres, de ampliação do poder de cidadania. Ações de promoção de saúde como práticas sanitárias referem-se a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população;
- b) prevenção de enfermidades e acidentes – amplia-se aqui o campo de ação da medicina preventiva no sentido do paradigma anterior, para incluir ações preventivas de caráter não-médico na prevenção às doenças. Podem ser orientadas a problemas específicos ou a grupos de problemas e a grupos de risco. Imunizações, acidentes de trabalho e de trânsito, câncer de colo e de mama, hipertensão, alcoolismo, drogas, doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo são exemplos de problemas ou grupos de risco que podem ser beneficiados com ações de promoção ou prevenção no interior dos serviços de saúde, na prática clínica dirigida aos indivíduos, às crianças e aos adolescentes escolares, bem como à comunidade, em ações de alcance coletivo;

- c) atenção curativa e de reabilitação – incluídos aqui os atos curativos do paradigma anterior. Na reabilitação, o novo paradigma deve dar conta de que esta pode e deve ir mais além do que a causa física/biológica imediata. Também neste componente deve-se buscar inovações como, por exemplo, o hospital-dia e a assistência domiciliar, programa de saúde da família, práticas mais baratas e mais efetivas para a população, quando adequadamente aplicadas.

As ações de promoção da saúde implicam o desenvolvimento de tecnologias radicalmente novas, dificilmente redutíveis a mercadorias de consumo individual por grupos economicamente privilegiados. Pelo contrário, implicam o desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos de comunicação social e marketing sanitário, voltados à mobilização em torno de mudanças no âmbito das políticas públicas, bem como nas condições e nos modos de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados, o que pressupõe alterações nas relações de poder. Essas mudanças nas relações políticas e sociais vêm sendo anunciadas nos textos sobre promoção da saúde, como no processo de *empowerment* de grupos populacionais específicos, o que significaria não apenas a mobilização em torno de direitos gerais de cidadania, mas também a organização de ações político-sociais específicas que conectem indivíduos e grupos com problemáticas e preocupações comuns (WESTPHAL e SANTOS, 1999).

3.6 EQUIDADE

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da Promoção da Saúde. As ações de Promoção da Saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, aumentaram também, em quantidade e qualidade, os estudos sobre a relação entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos permitem constatar que, uma vez superado determinado limite de crescimento econômico de um país, o crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir de determinado nível, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. Em outras palavras, a desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda possuem uma situação de saúde pior do que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais equitativa. Um estudo comparativo entre os estados dos Estados Unidos da América revelou que os indivíduos que vivem em estados com grandes diferenças de renda possuem pior saúde do que aqueles com ingressos equivalentes, mas que vivem em estados mais igualitários. O Japão não é o país com maior expectativa de vida do mundo por ser o país mais rico ou porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercício, mas porque é um dos países mais igualitários do mundo. Estudos vêm demonstrando que os principais mecanismos através do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Segundo vários autores, o desgaste do capital social em sociedades inequitativas explicaria, em grande medida, porque sua situação de saúde é inferior a de sociedades onde as relações de solidariedade são mais desenvolvidas. A debilidade dos laços de coesão social, ocasionada pelas iniquidades de renda, corresponde a baixos níveis de capital social e de participação política. Países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. No caso do Brasil, o fardo é duplo, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza (a renda dos 20% mais ricos é 26 vezes maior do que a renda dos 20% mais pobres), há grandes setores de sua população vivendo em situação de pobreza que não lhes permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. O tema da pobreza também vem chamando a atenção de muitos autores, o que vem gerando uma mudança na maneira como a entendemos e nas formas para combatê-la. Para estes autores, a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de

opção entre diferentes alternativas. Pobreza é, também, a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos. Nesta situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída. Para ser coerente com esta nova maneira de entender a pobreza, as estratégias para combatê-la devem incluir tanto a geração de oportunidades econômicas, como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio e aumento da capacidade desses grupos em conhecer melhor os problemas locais e globais, estreitar suas relações com outros grupos, fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para constituírem-se, enfim, em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social (CNDSS, 2008).

A resolutividade das ações de VISA, tendo em vista a proteção da saúde, depende da organização do SNVS, em suas bases jurídicas, mecanismos de pactuação e diretrizes, incluindo um sistema de informação estruturado que permita o monitoramento, com indicadores específicos e capazes de fazer a mediação com os problemas de saúde. Dessa forma, é possível implementar estratégias para a gestão do risco sanitário, que está implícito em todo o ciclo de produção, circulação e consumo de bens, assim como na prestação de serviços de saúde e nos ambientes de vida e de trabalho (BRASIL, 2007).

Assim sendo, as práticas de vigilância sanitária, delimitadas por este amplo espectro, devem ser expressão de políticas públicas, visualizadas nas suas relações intersetoriais, mas tendo no setor Saúde seu papel operativo específico de promoção e proteção à saúde das pessoas, visando à qualidade de vida da população, por meio de ações apoiadas normativa, jurídica, técnica e cientificamente. Contudo, não se pode desvincular a vigilância sanitária do contexto relacionado ao desenvolvimento econômico e dos processos contemporâneos da internacionalização de mercados. Nesse sentido, é importante considerar que cada instância de governo deve se relacionar com esse contexto, assumindo as especificidades locais, estaduais e nacionais nessa relação, visto que os instrumentos que operam as práticas de vigilância sanitária são constantemente modificados por essa realidade em transformação. Entretanto, em sua dimensão político-ideológica, a VISA deve, sob o prisma da equidade, voltar-se prioritariamente aos interesses sanitários quando estes se contrapõem aos interesses econômicos (BRASIL, 2007).

Os serviços de saúde possuem a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade e, principalmente, as consequências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é, portanto, de grande importância para diminuir os diferenciais observados em relação a estes aspectos. A Constituição de 1988, além de reconhecer a saúde como direito de todo

cidadão e dever do Estado, estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto constitucional, o SUS tem três princípios constitucionais e três princípios organizativos. Os princípios constitucionais incluem a universalização da assistência, garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema (CNDSS, 2008).

Quanto à política de saúde, as medidas propostas aos governos contemplam a idéia de investimentos públicos prioritários sob a forma de serviços clínicos essenciais e de ações básicas de saúde pública para os segmentos mais pobres da população dos países periféricos, deixando para a esfera do mercado o âmbito dos serviços hospitalares. O que se constata no Brasil, afinal, é que o discurso oficial é o de Ottawa, mas a prática corrente é revestida do tradicional autoritarismo, agora legitimado e implementado pela Conferência de Bogotá. De fato, consideramos que uma das mudanças relevantes na prática da saúde pública no Brasil, desde o advento da promoção, tenha sido a sofisticação das estratégias de culpabilização das próprias vítimas da incúria sanitária, além da creditação oficial das teorias do condicionamento comportamental (behaviorismo), absolutamente avessas a qualquer pedagogia da problematização. Exemplos: o advento do “fumante passivo”, no controle do tabagismo; e o “vizinho” que fiscaliza a caixa d’água do outro, no controle do *Aedes aegypti*. Por isso, a educação em saúde virou a vedete dos programas de promoção. Nunca se promoveu tanto a educação sanitária, que é propagada em cursos e treinamentos acríticos. Na visão dominante da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, promover a saúde das populações em países periféricos implica na focalização de políticas para segmentos mais pobres e excluídos. A participação desses segmentos sob a forma do *empowerment* não modifica as condições estruturais geradoras de sua pobreza e exclusão, mas legitima sob a ótica da equidade a soberania limitada na periferia do sistema capitalista. Do ponto de vista do SUS, ao contrário, a ótica tem de ser universal, pública e gratuita, baseada no entendimento da saúde como direito social. Contudo, a equação fica incompleta caso não se supere o autoritarismo típico da cultura da saúde pública vigente (STOTZ & ARAÚJO, 2004).

Para alcançar seus objetivos, a CNDSS (Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde) se apóia em três compromissos básicos:

- a) Compromisso com a Equidade:

Apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira. Segundo o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2007, com dados de 2005, o Brasil está situado em 11º. lugar entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina (CNDSS, 2008).

b) Compromisso com a evidência:

A CNDSS procura fundamentar suas análises e recomendações em sólidas evidências científicas, pois são estas que permitem, por um lado, entender como operam os determinantes sociais na geração das iniquidades em saúde e, por outro, como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência. Entretanto, há uma série de limitações e desafios para a produção da evidência científica, particularmente no que se refere à avaliação do impacto de intervenções. Nos últimos anos, observa-se um importante aumento de estudos sobre as iniquidades em saúde na literatura científica nacional e internacional e uma maior preocupação destes estudos em não apenas descrever as relações entre pobreza e saúde ou descrever os gradientes de saúde, de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica, mas também entender os mecanismos de produção das iniquidades em saúde. Várias abordagens vêm sendo utilizadas para enfrentar esse desafio, como as que privilegiam os aspectos materiais da existência dos indivíduos e da infra-estrutura comunitária e as que enfatizam fatores psicossociais na geração de problemas de saúde, como a percepção das pessoas sobre sua posição em sociedades desiguais. Há, ainda, os enfoques “ecosociais” ou multinível e os que destacam o enfraquecimento da coesão social e dos laços de solidariedade e cooperação em sociedades com grandes disparidades, além de outros. Apesar dessa riqueza e diversidade de enfoques e abordagens disciplinares, há ainda muito que se avançar no conhecimento da dinâmica de relações e mediações entre os determinantes sociais de saúde (DSS's) proximais, intermediários e distais e há, principalmente, uma relativa carência de estudos sobre o impacto de intervenções sobre os DSS's. Além disso, esse impacto é em grande medida influenciado pelo contexto, ou seja, depende de situações locais específicas, dificultando a transferência de experiências (CNDSS, 2008).

c) Compromisso com a ação:

O compromisso maior da CNDSS – e que dá sentido à sua existência – é o combate às iniquidades em saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais que as geraram, os quais, sendo produto da ação humana, podem e devem ser modificados pela ação humana. O compromisso com a ação está alicerçado, por um lado, nas evidências científicas, conforme já assinalado, e por outro, numa ampla base de sustentação política, produto da conscientização e mobilização de diversos setores da sociedade. A adoção do compromisso com a ação enfrenta também uma série de dificuldades e desafios. Um deles se refere à intersectorialidade. A atuação sobre os DSS's, sejam eles proximais, intermediários ou distais, mas particularmente sobre estes últimos, extrapola o nível de competência do setor saúde, obrigando à ação conjunta de diversos setores governamentais, cuja lógica de atuação, em geral, está marcada pela fragmentação (CNDSS, 2008).

Já foi mencionada a relativa carência de estudos de avaliação da efetividade de intervenções sobre os DSS's e o estreito vínculo das mesmas com situações específicas, o que dificulta a simples transferência de experiências exitosas para diferentes contextos. Entretanto, mesmo quando há evidências suficientes para orientar determinada ação na área social, estas nunca são prescrições categóricas. Em geral, o que existe é um leque possível de intervenções e opções de políticas que a ciência ajuda a delimitar, mas cuja seleção se faz através de um processo complexo que envolve diversos atores, com diferentes interesses, atuando e negociando politicamente. Assim, em lugar de esperar que a racionalidade científica se sobreponha à política, é necessário reconhecer o caráter essencialmente político do processo de tomada de decisões. Isso implica fortalecer a democratização desse processo e apoiar a atuação dos diferentes atores, particularmente daqueles que em geral estão excluídos da tomada de decisões. Implica, também, em proporcionar-lhes acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses. Deste modo, não há contradição em considerar que as ações voltadas para o combate às iniquidades devem estar baseadas, por um lado, na evidência científica e, por outro, na mobilização e participação social, pois evidência e participação se complementam e se reforçam mutuamente (CNDSS, 2008).

O primeiro aspecto seria o acolhimento de um novo paradigma, assim como ocorre no campo das disciplinas (o que tem sido uma discussão importante na universidade). Como poderemos superar aquele paradigma da disjunção, da separação, da clausura e da redução, e transitar para o paradigma de compreensão da diversidade e, mais que isso, da produção de nova perspectiva a partir dessa diversidade? A resposta é: adotar uma nova

postura, ante os problemas que a organização pública deve enfrentar na sociedade. Então, a primeira coisa a ser feita é essa mudança de paradigma, que significa uma reforma do pensamento: é preciso pensar de outro jeito, para criar, de fato, um paradigma com foco na complexidade, na compreensão da diversidade e, com certeza, na questão da comunicação. O segundo aspecto diz respeito ao projeto político para as políticas públicas. Aquele desenho piramidal e fatiado das corporações, dos grupos de interesse e do loteamento político atende confortavelmente às políticas chamadas assistencialistas. O aparato governamental está afeito a isso. Cabem lá, muito bem, todas as políticas assistencialistas. Contudo, tais políticas não se encaixam no modo de pensar intersetorial, pois ele contradiz a natureza do assistencialismo, que tem caráter de compensação e de provimento de itens. Por exemplo: quando está faltando algo, busca-se sanar esse problema específico. Mas, cuidar da transformação da sociedade e promover o desenvolvimento social é uma abordagem diferente, que significa a repartição mais equânime das riquezas (INOJOSA, 2001).

4. AMBIENTES SAUDÁVEIS

Quando falamos de ambiente estamos entendendo o espaço geográfico, ocupado e transformado pelo ser humano (SANTOS, 1992). O ambiente é conformado, pois, por processos sociais, políticos, culturais e tecnológicos (AUGUSTO, 2005).

Estruturas e práticas sociais são complementares, alterações estruturais dependem do desenvolvimento de novas formas de estar-no-mundo, o arcabouço técnico, racional e legal (para o qual são remetidas diferentes questões) necessita do conjunto das forças políticas, econômicas, sociais e culturais para produzir resultados. À semelhança de um holograma, estamos implicados no mundo e o mundo está implicado em nós, o que está implícito e o que está explícito são faces da mesma moeda. Qualquer que seja a dimensão observada, nela vemos o efeito conjugado de todas as demais: indivíduos, grupos, sociedades e entorno espelham-se mutuamente e refletem o todo. Trata-se de um campo dinâmico, configurado pelo mundo subjetivo (sujeitos), pelo mundo de relações (grupos primários), pelo mundo dos homens (sociedade) e pelo mundo circundante (ambiente). Estar-no-mundo significa existir em diferentes dimensões, que se implicam mutuamente: íntima, interativa, social e biofísica (PILON, 2006).

O ambiente é o resultado histórico da interação da lógica da natureza e da lógica da sociedade no espaço geográfico. Para acoplar a saúde à ecologia é preciso articular suas relações com a produção e a tecnologia. A lógica da produção é uma lógica da sociedade que se apropria da natureza em benefício dos diferentes grupos humanos. A lógica do ambiente integra, por sua vez, duas outras lógicas diferenciadas: a da natureza, presente nos fluxos energéticos que atravessam a biosfera, e a lógica antropocêntrica das técnicas (CÂMARA e TAMBELLINI, 2003).

A área da Saúde Ambiental que está emergindo no seio da Saúde Coletiva brasileira tem como antecedentes a história da Medicina Social Latino-Americana e do Movimento Ambientalista Mundial. A Saúde Ambiental nasce como uma “questão eco-sócio-sanitária” e tem em sua arqueologia, no campo da Saúde Pública, as ações de controle de endemias (vetoriais e infecto-contagiosas), de saneamento básico, de vigilâncias sanitária, epidemiológica e de saúde dos trabalhadores. Uma dificuldade nesta trajetória é o fato de a saúde pública brasileira ser prisioneira de uma abordagem oriunda da teoria monocausal ou,

quando muito, alicerçada no modelo de Level & Clark (ambiente-agente etiológico-hospedeiro), que não diferenciam os elementos de seu sistema, colocando-os num mesmo nível hierárquico, e que considera o ambiente como um elemento externo ao sistema (AUGUSTO, 2005).

A relação entre saúde e ambiente não é nova, tendo sido descrita tradicionalmente na saúde pública brasileira a partir de dois paradigmas básicos. Um deles o paradigma *biomédico*, originado na parasitologia clássica com o modelo ecológico das doenças infecto-contagiosas envolvendo a relação agente-hospedeiro. Posteriormente, com a crescente importância de doenças como o câncer e a cardiopatias, bem como do reconhecimento público dos problemas ambientais, este paradigma foi renovado pelo desenvolvimento da epidemiologia e da toxicologia ambiental, que formam o escopo das abordagens mais técnicas da saúde ambiental. O segundo paradigma é oriundo do *saneamento*, que aborda a temática ambiental a partir da engenharia ambiental, com a preocupação no desenvolvimento de infra-estruturas de água para consumo humano, esgoto e lixo, os quais são importantes fatores de doenças e mortes na população (PORTO & MARTINEZ-ALIER, 2007).

Segundo Hancock (2010): Por definição, ecossistemas são comunidades de organismos que interagem entre si e sua relação com o ambiente em que vivem. Nós, seres humanos, somos 'comunidades de organismos que interagem entre si' e o ambiente físico em que vivemos é cada vez mais a cidade. Logo, para os seres humanos, a cidade acaba sendo o principal ecossistema, o qual engloba o ambiente construído - que eu sempre digo de brincadeira que é o 'habitat natural' do homem atual; os ambientes social, econômico, cultural e político; as bioregiões e a biosfera; os seres humanos e os outros organismos biológicos.

A promoção da saúde humana deve estar embutida na busca maior pela saúde do ecossistema. As intervenções estarão prejudicadas se os determinantes ecossistêmicos da saúde não forem levados em conta. Em caso extremo, se os ecossistemas perderem a capacidade de se renovarem, a sociedade ficará privada de serviços essenciais à sustentação da vida. As características essenciais da saúde ecossistêmica são a capacidade de manter a integridade e a de atingir metas humanas razoáveis e sustentáveis. Uma abordagem ecossistêmica para a pesquisa e gestão deve ser transdisciplinar e assegurar a participação dos diferentes atores. Tais características fornecem um meio à ciência para lidar melhor com a complexidade dos ecossistemas, bem como aos políticos e gestores no sentido de definir e atingir metas sociais razoáveis. A abordagem ecossistêmica é capaz de determinar elos entre a saúde humana e as atividades ou os eventos que perturbam o estado e a função

ecossistêmicos. A compreensão desses elos pode orientar as intervenções e as opções políticas que promovem a saúde humana. Uma perspectiva ecossistêmica na gestão deve ser adaptável, devido à incerteza irredutível da função ecossistêmica. “Ligações do ecossistema à saúde humana fornecerão uma compreensão melhor do funcionamento de um sistema e os pontos mais eficazes à intervenção, sejam eles saúde ou outras intervenções”. A tríade clássica: hospedeiro, agente e ambiente mostrou-se insuficiente para a intervenção no processo saúde-doença. Esses três elementos não podem ser dissociados de outros elementos do ecossistema (Figura 2), sob pena de comprometer intervenções, a pesquisa e a gerência (NIELSEN, 2001).

An "onion skin" illustration of a conceptual ecosystem nested hierarchy which provides a framework for applying an ecosystems approach to a problem.

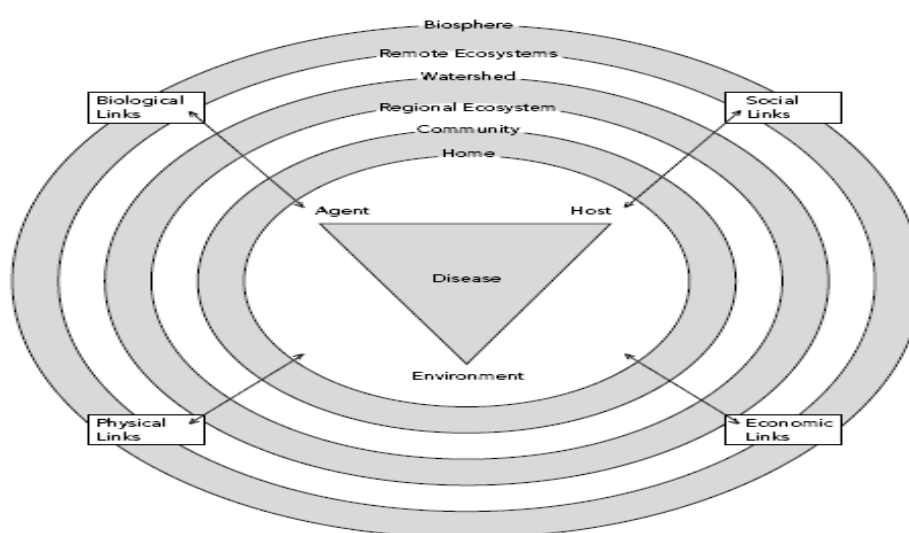


Figura 2 – Ilustração em ‘casca de cebola’ da hierarquia ecossistêmica que permite aplicar a ‘abordagem ecossistêmica’ a um problema

Fonte: Nielsen, 2001.

Neste sentido, a gestão dos espaços de desenvolvimento humano requer um desafio de intervenção no nível das dinâmicas sociais, das políticas e do manejo sustentável do ambiente. O enfoque ecossistêmico é apropriado para a intervenção da saúde pública sobre os espaços de desenvolvimento humano, pois apresenta como vantagens: a possibilidade de formação de redes interativas, de promoção de sociedades saudáveis em ecossistemas sustentáveis e de atuação integrada da saúde em seu nível individual e coletivo. O velho modelo linear de compreensão do processo saúde-doença, orientador das práticas vigentes da saúde pública, precisa ser substituído radicalmente por um modelo crítico que integre as dimensões sócio-culturais, ambientais e econômicas nos vários níveis hierárquicos da organização social, que vão da família à biosfera (AUGUSTO, 2005).

Se do século XIX até o início dos anos 70 do século XX as ciências sociais dedicaram pouca atenção ao ambiente biofísico, com uma dominante divisão entre o mundo dos fatos sociais e o mundo dos fatos naturais, entre a sociedade e a natureza, desde fins do século passado e início deste novo século encontramos o desenvolvimento de novas perspectivas, como os enfoques ecossistêmicos de saúde. Perspectivas que se orientam para a superação da divisão entre o mundo dos fatos sociais e o dos naturais, entre a sociedade e a natureza, ou seja: as ciências sociais tanto não podem ser dissociadas do ambiente biofísico, sendo o paradigma ecológico um componente essencial, como é a questão ambiental um desafio paradigmático para que elas possam contribuir na compreensão, gestão e solução dos problemas ambientais. As ciências sociais podem e devem contribuir para aumentar a compreensão do lugar dos seres humanos na natureza e a implementação de sistemas de gerenciamento adaptativo, em múltiplas escalas, a partir de uma visão compartilhada e desejável de um sustentável futuro humano na biosfera (FREITAS, 2005) .

Como estratégia de gestão e pesquisa participativa, a partir de problemas e na busca de respostas sociais para a promoção da saúde, a produção do conhecimento deve estar comprometida com o “empoderamento” comunitário e com a otimização das redes sociais. Os pilares metodológicos para essa estratégia devem se alicerçar na participação social (comunitária), na transdisciplinaridade e na equidade social, incluindo aí, entre outras, a de gênero (AUGUSTO, 2005).

Para o fortalecimento de movimentos sociais e a consecução de mudanças democráticas na sociedade, organizações internacionais têm recomendado: considerar as pessoas e os grupos como componentes essenciais de sua própria mudança, ao invés de objetos da mudança; apoiar o diálogo e o debate dos assuntos fundamentais de preocupação, ao invés de elaborar, testar e distribuir mensagens; introduzir as mensagens com sensibilidade no diálogo e debate, ao invés de repassar de forma didática informações de peritos e técnicos; focar as normas sociais e políticas, a cultura e os apoios ambientais, não comportamentos individuais; negociar com as pessoas o melhor modo de levar adiante um processo participativo, ao invés de tentar persuadi-las a fazerem algo; enfatizar o papel central das pessoas afetadas pelos problemas, ao invés de dirigir o processo por peritos e técnicos de agências externas (PILON, 2006).

Os problemas ambientais reforçam, para a Saúde Pública, uma questão que é, ao mesmo tempo, dilema e desafio permanente desde sua criação: a saúde realiza-se, fundamentalmente, fora do setor saúde. O complexo processo saúde-doença que culmina por levar determinada população à rede assistencial, seja ela pública ou privada, é revestido de

inúmeros condicionantes 'externos'. A discussão em torno das tensões existentes entre necessidades sociais, ambientais e de saúde em diferentes fóruns vem gerando, na compreensão e enfrentamento dos problemas, diversidade de enfoques e de conceitos, embora não sejam necessariamente excludentes. Todas estas abordagens buscam enfrentar desafios fundamentais da questão ambiental, como, por exemplo, a integração entre níveis globais e locais das diferentes áreas do conhecimento e entre os diversos setores governamentais, econômicos e sociais na conformação de políticas e de ações que também correspondam às necessidades de cada realidade nacional e local (PORTO, 1998).

Existe atualmente um terceiro paradigma em evolução, com origens tanto no movimento ambientalista quanto na medicina social, que marca o surgimento da saúde coletiva no país. A ênfase desse novo paradigma encontra-se na ampliação do olhar sobre a relação saúde-ambiente a partir dos processos sociais e econômicos de desenvolvimento. Com isso, a saúde pública passa a incorporar, além da biomédica restrita, dimensões políticas, econômicas, culturais e ecológicas na compreensão dos problemas de saúde das populações, vistos cada vez mais como fenômenos complexos e multidimensionais, exigindo novas estratégias de intervenção. Essa nova perspectiva marcou a forte tendência para a multiprofissionalidade, a inter/transdisciplinaridade e a intersetorialidade (PORTO & MARTINEZ-ALIER, 2007).

Segundo Westphal e Santos (1999), a idéia da saúde produzida socialmente implica o reconhecimento de que:

- a) Os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, mas também determinados pelas relações sociais, excludentes, que operam o sistema. Marmot (1996, apud WESTPHAL e SANTOS, 1999) demonstrou o quanto o controle e a autonomia dos indivíduos sobre sua própria vida são determinantes decisivos da saúde, especialmente quando comparados às ações para desestimular o hábito de fumar, por exemplo. Wilkinson (1992, apud WESTPHAL e SANTOS, 1999) demonstrou o quanto as iniquidades, mais do que a pobreza em si, podem explicar a morbidade e mortalidade por doenças cuja prevenção é possível nas sociedades industrializadas;
- b) As ações que visam à resolução das distorções e desigualdades existentes nos padrões de saúde ultrapassam os limites de atuação do setor e exigem atos coordenados em várias esferas de governo (Barreto, 1996 apud WESTPHAL e SANTOS, 1999). Há, portanto necessidade de ações intersetoriais para a operação da nova prática sanitária;
- c) Para que se alterem realmente as condições de saúde de uma população – objetivo social relevante em todas as sociedades – tornam-se necessárias mudanças profundas em seus

padrões econômicos e a intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas;

- d) Há necessidade de que a sociedade civil organizada exija das autoridades governamentais a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis para superar o quadro mundial, e principalmente nacional, de profundas desigualdades e iniquidades.

É imprescindível integrar e articular diferentes saberes e práticas intra e intersetoriais, de tal forma que o novo quadro teórico e as novas práticas assumam uma nova qualidade ao serem organizadas pelo paradigma da produção social da saúde, para propor solução aos problemas existentes em um território singular – nacional, estadual e/ou local (WESTPHAL & SANTOS, 1999).

A intervenção da Saúde Pública se dá no espaço existencial de processos sociais que tomam forma concreta no território. A internalização do ambiente nesse sistema de intervenção é que permite a entrada de diversos campos do conhecimento, incluindo a ecologia (CÂMARA & TAMBELLINI, 2003). Em síntese, a saúde precisa ser entendida como um processo determinado por uma rede complexa e articulada de condicionantes de ordem histórica, social, biológica e psicológica, que se dispõem e se organizam no espaço geográfico, em diferentes níveis, com estrutura e dinâmica particulares, atuando nos planos coletivo e individual (AUGUSTO, 2005).

4.1 DETERMINANTES E CONDICIONANTE DE SAÚDE

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS's) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS & PELEGRINI FILHO, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 3) inclui os DSS's dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macro determinantes. Como se pode ver na Figura, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde (CNDSS, 2008).



Figura 3 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead
Fonte: CNDSS, 2008.

Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS's, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS's, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macro determinantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008).

Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS's no modelo de Dahlgren e Whitehead, e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (BUSS & PELEGRINI FILHO, 2007).

O movimento da nova saúde pública baseado nesse referencial busca métodos adequados à nossa realidade política, que tornem mais eficientes as ações sociais e ambientais por saúde e qualidade de vida. Tal aspecto pressupõe abandonar definitivamente o enfoque vertical e paternalista herdado do passado, decorrente de práticas prescritivas dos profissionais de saúde, apoiados no biologicismo e mecanicismo. Supõe, por outro lado, o desenvolvimento de novas relações com o Estado e com a sociedade civil, e desenvolvimento de novas habilidades dos profissionais para implementar novas práticas (WESTPHAL & SANTOS, 1999).

Encontrar necessidades essenciais – alimento, vestuário, abrigo, trabalho – depende em parte da realização do crescimento integral, e o desenvolvimento sustentável requer claramente crescimento econômico em lugares onde tais necessidades não são satisfeitas. Pobreza reduz a capacidade das pessoas no uso de recursos de forma sustentável; ela intensifica a pressão sobre o meio ambiente. Uma necessária, porém insuficiente, condição para eliminar a pobreza absoluta é o aumento da renda per capita no terceiro mundo. (CESARIO, 2004).

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB per capita muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BUSS & PELEGRINI FILHO, 2007).

Abordagens integradas sobre saúde e ambiente datam também do final dos anos 80 do século passado, quando ambientalistas e sanitaristas, investigadores e gestores começaram a perceber a necessidade de articular melhor teoria e ação com a idéia da qualidade de vida de grupos populacionais concretos. Esse propósito veio da convicção de que não pode haver desenvolvimento sustentável sem levar em conta os seres humanos e sua

vida no ecossistema. No entanto, compreender o impacto da atividade humana sobre o ambiente e, por sua vez, a força desse impacto na saúde humana, exige criar estratégias específicas que, a partir de conhecimentos disciplinares e práticas setoriais, caminhem para uma abordagem transdisciplinar (MINAYO & MINAYO-GOMES, 2006).

Entretanto, questões complexas como a interdisciplinaridade e a intersectorialidade somente recentemente vêm ganhando corpo no interior da Saúde Pública brasileira (Minayo, 1995; Almeida Filho, 1997). De certo modo, pode-se dizer que o interesse pela perspectiva intersectorial e de rompimento com os isolamentos disciplinares nasce com a própria Saúde Pública. Contudo, as características básicas do setor saúde - fortemente pautadas nas práticas assistenciais e nas campanhas de prevenção e controle das doenças infecto-contagiosas - são elementos que tendem a dificultar o desenvolvimento de estratégias de ação que ultrapassem o setor saúde *stricto sensu*, rompendo com as características tão criticadas do modelo assistencialista hegemônico (PORTO, 1998).

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde (DSS's), com o objetivo de promover a equidade, devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgreen e Whitehead, ou seja, devem incidir sobre os determinantes proximais, vinculados aos comportamentos individuais; sobre os intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho, e também sobre os distais, referentes à macro-estrutura econômica, social e cultura (CNDSS, 2008).

São exemplos:

- a) políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, à degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade;
- b) políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública;

- c) políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;
- d) políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida, mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

Para que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a intersetorialidade; a participação social e as evidências científicas. Infelizmente, estes e outros importantes avanços no conhecimento dos determinantes sociais das condições de saúde e, em particular, das iniquidades em saúde, encontrados na literatura científica brasileira e internacional, não são acompanhados por um correspondente avanço na utilização desse conhecimento para a definição de políticas de saúde no país. Isto se deve, em grande medida, à debilidade das relações entre o processo de produção do conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre políticas e programas de saúde, o qual deveria basear-se em conhecimentos e evidências. Ambos os processos costumam desenvolver-se por separado, com lógicas, agentes e espaços institucionais específicos. Por outro lado, a aproximação entre pesquisa em saúde e políticas de saúde com vistas à promoção da equidade não significa a despoliticização das decisões sobre políticas em nome de uma racionalidade centralizadora baseada em evidência científica. Em geral, não há prescrições categóricas de políticas baseadas em resultados objetivos de pesquisas, mas um leque de opções que a ciência ajuda a delimitar. A seleção entre estas opções se faz por meio de um processo que é essencialmente político, envolvendo diversos atores, com interesses diferenciados e eventualmente contraditórios. Para que haja maior utilização de resultados de investigação para a definição de políticas, é necessário instrumentalizar as atuações desses diferentes atores, particularmente dos que usualmente estão excluídos do processo de decisão, buscando diminuir as enormes iniquidades de acesso a informações e conhecimentos. Não há, portanto, nenhuma contradição entre, por um lado, a promoção de políticas baseadas em evidência e, por outro, a ampliação da participação social na definição das mesmas. Na realidade, para que

as políticas de saúde se consolidem como políticas públicas voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição destas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentalizando sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes (CNDSS, 2008).

4.2 TRANSDISCIPLINARIDADE

A transdisciplinaridade é complementar à aproximação disciplinar: faz emergir da confrontação das disciplinas dados novos que as articulam entre si; oferece-nos uma nova visão da natureza e da realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa (I CONGRESSO MUNDIAL DA TRANSDISCIPLINARIDADE, 1994).

O espaço que abarca desde a produção de um bem ou serviço até o seu consumo ou uso por parte da população, constitui um âmbito complexo, onde se cruzam direitos e interesses de uma série de agentes sociais. A vigilância sanitária que aí atua, conforma um campo eminentemente intersetorial, cujo estudo, além dos conhecimentos técnicos específicos acerca dos objetos em que age – medicina, farmácia, enfermagem, nutrição, epidemiologia e direito sanitário, entre outros – requer a contribuição de disciplinas que não pertencem ao campo da saúde, como, por exemplo, o direito administrativo, o direito comercial, civil e penal, as relações internacionais, os direitos difusos (consumidor), a política tributária, a política industrial, o planejamento, a matemática probabilística, as ciências sociais e assim por diante (LUCCHESI, 2001a).

Transdisciplinaridade é aqui entendida como uma visão aberta e dialógica que valoriza os “fragmentos disciplinares” dos vários especialistas que atuam cooperativamente visando ao entendimento do tema em questão e também leva em conta a intuição, o imaginário, a sensibilidade e o senso comum dos participantes leigos. Ela é a negação da tecnocracia, em favor de um conhecimento voltado para a solução dos problemas. No entanto, a transdisciplinaridade não é nem uma nova metafísica, nem uma nova filosofia e nem uma ciência das ciências. Constitui o cruzamento das fronteiras disciplinares que coloca os saberes em comunicação e vai ao encontro do mundo da vida para realizar um conhecimento, este sim, novo, a partir da harmonização da pluralidade de vozes, de olhares e de explicações (MINAYO e MINAYO-GOMES, 2006).

A transdisciplinaridade deve estar compreendida como o resultado do processo interdisciplinar que integra distintos saberes, disciplinas e setores. Busca a produção e a integração de novos marcos lógicos, mediante a utilização de métodos e interpretações que transcendem os limites de cada disciplina ou segmento. O conhecimento transdisciplinar é um novo construto, fruto de um processo que deve atravessar toda a prática em saúde pública, quer na definição do problema, de hipóteses, no gerenciamento da intervenção, na interpretação de dados e na comunicação / informação / educação em saúde. Só nessa perspectiva é que será possível a produção de um conhecimento inovador para uma ciência que verdadeiramente possa cumprir seus desígnios, qual seja, o de emancipar a condição humana e seu bem-estar no planeta. Em todas estas experiências aprendemos que somente em termos de um diagnóstico sistêmico, no contexto sócio-ambiental, é possível chegar às raízes dos problemas e encontrar os caminhos para atuar. Nossa hipótese central é de que é possível melhorar a saúde da população se forem identificados e modificados os determinantes sociais e ecológicos que intervêm no processo saúde-doença com base em um conhecimento transdisciplinar. Necessitamos de estudos que levem em consideração os aspectos histórico-espaciais em suas multidimensões, e que possibilitem a promoção de análises integradas. A produção de conhecimento deve estar vinculada à práxis social mediante processos participativos, nos quais deve ficar claro o compromisso com as mudanças e as políticas sociais favoráveis ao desenvolvimento humano. O objetivo principal da ação do Sanitarista deve ser atuar em prol de comunidades e ecossistemas saudáveis (AUGUSTO, 2005).

Muitos agora dizem que a ciência contemporânea passa por uma crise paradigmática. No seio de uma prática que flagrantemente reafirma a fragmentação, os melhores cientistas, atuando na vanguarda das chamadas "ciências duras" (principalmente físico-química, genética, biologia molecular, neurociências), se dão conta de que não mais podem deter-se em (ou serem detidos por) questões científicas localizadas, tornando-se especialistas monotemáticos. Em outras palavras, tornam-se conscientes de que é necessário abrir a ciência a questionamentos em um nível mais fundamental, sob pena de terem suas disciplinas transformadas em mero repertório de técnicas e procedimentos desde já superados. Paralelamente (e contraditoriamente) à super-especialização assistimos a um apagamento de fronteiras (pessoal-político; privado-público; local-global; individual-coletivo; sagrado-profano; objeto-sujeito) que faz com que seja cada vez mais difícil ao pesquisador reencontrar-se nas práticas de pesquisa. Não mais se sabe a que disciplina pertence o autor de uma dada pesquisa ou artigo científico. Esta situação parece provocar um duplo efeito contrário. De um lado, encontra-se ambiguidade, caos e incoerência seguida de fenômenos de

fusão, mistura, hibridização e mestiçagem entre métodos e teorias; e de outro lado, uma abertura de fronteiras, uma consideração dos contextos, uma ‘desinsularização’ das disciplinas (ALMEIDA FILHO, 2005).

Desde o final do século passado, cresce no campo científico a consciência de que a ciência se configura cada vez mais como uma prática de construção de modelos, de formulação e solução de problemas num mundo em constante mutação. De certo modo, o narcisismo antropocêntrico típico do cientista de tradição cartesiana parece não ter lugar em uma ciência que mais e mais valoriza a descentração e a relatividade (MORIN, 2003). Por outro lado, essa crise ocorre porque a prática da ciência continuamente produz objetos novos. Não somente novas formas para referenciar os mesmos velhos objetos, mas de fato objetos radicalmente novos, realmente emergentes. Em suma, esta proposição realista de transdisciplinaridade sustenta-se na relação/tensão entre ciência enquanto rede de instituições do campo científico e ciência como modo de produção de conhecimento, mediada em todas as instâncias pelo conceito de prática científica. Trata-se de uma abordagem materialista-histórica da ciência, fundamentando uma definição pragmática da transdisciplinaridade como processo, estratégia de ação, modalidade de prática, e não como propriedade ou atributo de relações modelares entre campos disciplinares. Dessa maneira, fará mais sentido assinalar o caráter instrumental da transdisciplinaridade como prática de transformação da ‘ciência normal’ em ciência ‘revolucionária’, para respeitar a terminologia ‘kuhniana’, na emergência de novos paradigmas no campo científico e de novas estratégias de ação no campo da prática social. (ALMEIDA FILHO, 2005).

A transdisciplinaridade é a geração de conhecimentos ecologizados, para usar uma expressão feliz de Edgar Morin (MORIN, 2003). Esse autor afirma que as disciplinas nasceram sob o paradigma da disjunção e da redução. E foram dar em clausuras setoriais — ou seja, as disciplinas fecharam-se em si mesmas. Construíram os seus saberes de um modo bastante isolado e com a pretensão de esgotar as questões. E acabaram criando linguagens e corporações próprias. A teoria da complexidade, por sua vez, trabalha com a compreensão da diversidade. Para tanto, é preciso superar a fragmentação do conhecimento, já que as clausuras setoriais não dão conta de enxergar a diversidade. Sobre isso, Morin costuma dar como exemplo a ecologia, que seria uma transdisciplina: ela usa várias disciplinas, porém é mais do que a mera composição de saberes disciplinares, pois cria um novo conhecimento apoiado em diversas disciplinas (INOJOSA, 2001).

5. UM CONCEITO AMPLIADO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

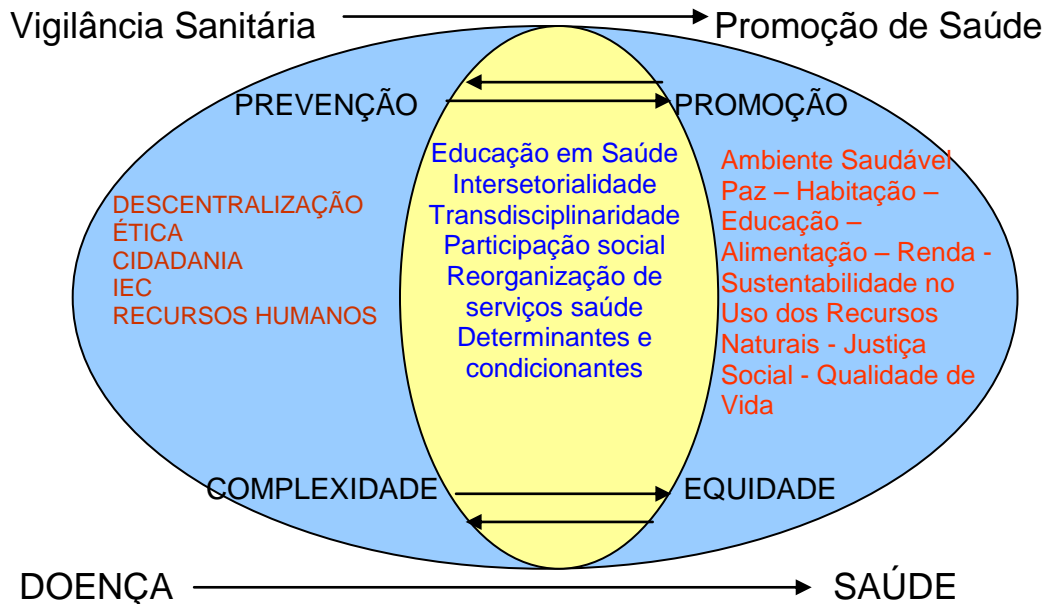


Figura 4 – Diagrama representativo das intercessões entre a Vigilância Sanitária e a Promoção de Saúde

Fonte: Marcelo Ferreira Chagas, 2010.

O setor saúde, como os demais setores da sociedade, tem fronteiras imprecisas. É um dos setores sociais, ligado intimamente a outros setores sociais, como educação, trabalho e seguridade social, e dependente dos setores econômicos. A expressão *setor saúde* é usada principalmente para o nível macro, nível de país. Seu objetivo é proporcionar à população de um país o nível mais alto de saúde que é possível alcançar num dado momento histórico com os recursos disponíveis. Saúde é parte integrante do bem-estar social. Os indicadores de saúde, por conseguinte, são componentes essenciais de indicadores mais complexos de qualidade de vida (CHAVES, 1998).

[...] saúde e doença são abstrações necessárias para descrever diferentes graus de sucesso na interação dos indivíduos com o meio que os cerca e na dinâmica interna do seu próprio corpo. Como se usa a expressão indivíduos saudáveis, por extensão hoje se fala de famílias saudáveis, casas saudáveis, escolas saudáveis, cidades saudáveis e municípios saudáveis. No fundo tais extensões se referem a famílias, casas, escolas, cidades, municípios, que proporcionam aos indivíduos um meio ambiente favorável à promoção, manutenção e recuperação da saúde, e os serviços necessários para esse fim (CHAVES, 1998).

A Carta de Ottawa diz, a respeito da saúde:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais (BRASIL, 2002).

Segundo Rozenfeld e Porto (1992), “a Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência da Saúde Pública”. Isto porque abrange um vasto e ilimitado campo de atuação, para o qual aportam as várias áreas do conhecimento humano: das ciências sociais e econômicas à física, química e biologia. Seu exercício requer uma clara fundamentação epidemiológica e ética, aplicável às múltiplas situações que se apresentam. O modelo predominante de Vigilância Sanitária desenvolvido ao longo do tempo, calcado no poder de polícia – cuja prática é perceptível na ação fiscalizatória mesmo insuficientemente exercida – tem produzido um viés que se manifesta na redução da Vigilância Sanitária ao próprio poder de polícia, o que se traduz em certa rejeição a esse aspecto fundamental e intransferível da função do Estado e também em simplificação do longo processo histórico de construção do seu objeto. Não é por acaso que até meados da década de 70, quando foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a denominação do órgão incumbido destas ações, no plano federal, era o Serviço de Fiscalização da Medicina e Farmácia, anteriormente denominada Serviço de Fiscalização da Medicina (COSTA, 1999).

Este campo de atuação, que faz parte da área da Saúde Coletiva, tem se fragmentado. Tal fragmentação tanto caminha paralela à lógica da especialização profissional contemporânea, como vem atender às questões vinculadas às distintas realidades político-institucionais dos órgãos que participam da política pública de saúde no Brasil, a saber: Saúde, Agricultura, Meio Ambiente, Trabalho, dentre outros. Este cenário de fragmentação do campo de intervenção das ações de proteção à saúde dificulta o enfrentamento da complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território, resultantes do encadeamento de múltiplos determinantes sociais, políticos, culturais, sanitários e ambientais, entre outros (BRASIL, 2007).

Em geral, faz-se Vigilância Sanitária (Promoção e Prevenção) “sobre” os usuários e não “com” a participação ativa deles. Ação sobre as pessoas e não com o

envolvimento delas. Há duas expressões semelhantes, mas que contem um abismo entre seus significados: “Agir sobre” ou “Agir com” as pessoas. Em consequência, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia, ou pela lógica política ou administrativa (CAMPOS, 2001).

No que tange à Vigilância Sanitária, a reorientação das ações de regulação constituirá medida fundamental para responder às novas exigências sociais e políticas geradas com a expansão do mercado de consumo e a diversificação dos produtos e dos serviços ofertados pelos setores produtivos (BRASIL, 2007).

A VISA acopla a necessidade da dimensão educativa à possibilidade da ação punitiva formal. Vista dessa forma, a Vigilância Sanitária é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS, na busca da concretização do direito social à saúde, por meio da sua função principal de eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e no consumo de certos produtos, processos e serviços. Em síntese, a Vigilância Sanitária tem um papel importante para estruturação do SUS, principalmente devido à (LUCCHESI, 2001):

- a) Ação normativa e fiscalizatória sobre serviços prestados, produtos e insumos terapêuticos de interesse à saúde;
- b) Permanente avaliação da necessidade de prevenção do risco
- c) Possibilidade de interação constante com a sociedade em termos de promoção de saúde, da ética e dos direitos de cidadania.

A Vigilância Sanitária atua em diferentes contextos com o objetivo de defesa e promoção de saúde. Tem uma atuação direta nos ambientes, nas pessoas de forma coletiva ou individual, nas instituições ou em grupos específicos e na sociedade como um todo. Conforme Campos (2001), “o objeto sobre o qual trabalha tem, portanto, três dimensões: o ambiente, a organização social e as pessoas”.

A VISA constitui um privilegiado espaço de comunicação e promoção de saúde, pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos – e relacionados com suas necessidades básicas e pela necessária interação com a sociedade, função que é exigida para o adequado gerenciamento do risco sanitário. Há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da VISA, tanto no que se refere ao

entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos da cidadania (LUCHESE, 2001).

No final do século XX, a prevenção restringe-se às ações específicas sobre problemas de saúde descritos, identificados e analisados como riscos, danos ou agravos. A promoção à saúde refere-se às questões não específicas, intra-setoriais, direcionadas às condições de modos de vida coletivos (CAMPOS, 2002).

Informar é reduzir as incertezas sobre fatos e causalidades, e interessa aos gestores do sistema de saúde, aos agentes sanitários e a própria sociedade, a qual tem direito de ser informada sobre a qualidade e eficácia de produtos e serviços. As informações fornecidas não precisam ser exaustivas e apresentadas em estrito linguajar técnico ou científico, pois é necessário que elas sejam compreendidas por quem as recebe. Defende-se eticamente a utilização de linguagem simples, aproximativa, respeitosa e inteligível para os receptores, de acordo com suas condições culturais (FORTES, 2001).

Propõe-se que a concepção das informações voltadas para a VISA esteja direcionada tanto para servir de suporte a uma inteligência sanitária coletiva que seja útil, relevante e adequada a cada um dos seus “públicos-alvo”: cidadãos, profissionais e gestores da VISA, quanto para contribuir para o avanço da consciência sanitária da população, que passa a reivindicar maior qualidade dos produtos e serviços, contribuindo para a promoção da cidadania e o exercício do controle social (MORAES, 2001).

A democratização da informação é um dos elementos que mais pode contribuir para a real abertura do setor aos direitos de cidadania, nesta política pública. E por uma razão muito objetiva: informação, no caso da saúde, não é apenas um meio, mas um fim desejável. Democratizar informações é promover saúde. Diretamente, é claro que não se trata de qualquer informação. Mas também é preciso destacar que não são apenas os conteúdos tradicionalmente sanitários que se casam com esse propósito. O primeiro obstáculo a ser vencido pelo setor saúde é a abertura e cessão de poder a todas as instâncias. Informação gera poder. Dividir poder não enfraquece, antes alimenta novas redes, cada vez mais fortes, em torno do mesmo núcleo de interesses. No caso da Vigilância Sanitária, o desdobramento de poder é a única saída para reverter, por exemplo, a rede de burla em torno da exigência de qualidade de produtos e serviços. (CUNHA, 2001)

Vale dizer que a informação constitui-se em suporte básico para toda atividade humana e que todo o nosso cotidiano é um processo permanente de informação. E, no caso de instituições, empresas, organizações, conhecer seus problemas, buscar alternativas para solucioná-los, atingir metas e cumprir objetivos requerem conhecimento e, portanto,

informação. Por isso, pode-se dizer que há um consenso de que não é possível exercer gerência em nenhum setor se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação (CARVALHO e EDUARDO, 1998).

As ações da Vigilância Sanitária têm exatamente o propósito de implementar as concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Por este motivo é que se entende que esta área é um instrumento importante, tanto para a reversão do nosso antigo modelo assistencial de saúde, quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania em nosso País (LUCCHESI, 2001).

Ética, Vigilância Sanitária e Cidadania - a relação da Vigilância Sanitária com as pessoas deve estar fundamentada na noção de cidadão, de sujeito de direitos, e não somente na de consumidor, criando instrumentos que protejam a sua saúde. Deve ser solidária com pessoas consideradas iguais em seus direitos, mesmo quando tenham diferentes posições ou valores sócio-culturais. Deve fundamentar-se em ações antecipatórias, baseadas em uma ética de prevenção que deve sobrepujar a frequente prática de agir *a posteriori*, quando o prejuízo já foi causado. O papel ético das políticas públicas para a vigilância é de se contrapor à aceitação acrítica de que todas as desigualdades sociais são inevitáveis ou toleráveis. Ao contrário, requer compreender que as desigualdades podem ser minimizadas por meio de orientações fundamentadas na equidade e na responsabilidade social, e não podem ser unicamente baseadas no princípio da eficiência econômica. Portanto, não cabe restringir, como é de ocorrência não rara, que as ações normatizadoras, fiscalizatórias e controladoras dos órgãos de Vigilância Sanitária dirijam-se prioritariamente contra os mais fracos, os sem voz, os que não têm poder de negociação e pressão junto à autoridade pública (trabalhadores do setor informal, pequenos comerciantes e empresas), e se voltem prevalentemente para os interesses produtivos e econômicos das grandes corporações e indústrias, nacionais ou alienígenas, contrariando a equidade. A VISA deve ter como princípio ético-orientador, o respeito à autonomia dos indivíduos e da coletividade, visando sempre ampliá-la. Ela deve informar, publicizar seus achados para que os cidadãos possam tomar decisões autônomas, protegendo sua saúde, evitando ou minimizando prejuízos que possam sofrer decorrentes de bens e serviços de interesse da saúde (FORTES, 2001).

Só mais recentemente vem se fortalecendo um movimento voltado para a reflexão acerca da área de atuação da VISA e suas interconexões com as demais vigilâncias, tendo em vista as necessidades de saúde – em seu conceito ampliado – os princípios e diretrizes do SUS e a urgência de se reformular o modelo de atenção. Um dos aspectos mais

relevantes desse movimento diz respeito a uma ruptura do conceito tradicional de Vigilância Sanitária, processo no qual a VISA é assumida como ação de proteção e promoção à saúde, percebendo-se também a importância do seu papel interventor na construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde (BRASIL, 2007).

As ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica compõem um campo integrado e indissociável de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, desenvolvidos através de equipes multiprofissionais, com a participação ampla e solidária da sociedade, através de suas organizações, entidades e movimentos, estruturando em seu conjunto um campo de conhecimentos e práticas denominado de vigilância à saúde (SÃO PAULO, 1998 - Código Sanitário de São Paulo, art. 62).

A vigilância sanitária entende que a parceria com a sociedade é fundamental para a concretização de suas ações visto que esta tem seu campo de atuação relacionado à defesa do consumidor real ou potencial de produtos e serviços, garantindo o direito do cidadão a uma vida saudável. Assim sendo, faz-se necessário desenvolver atividades de educação para a saúde, de democratização da informação, de transparência das suas ações e o estabelecimento de mecanismos de escuta da sociedade, possibilitando assim o incremento da consciência sanitária. A vigilância sanitária, concebida como campo de saúde coletiva, é indissociável do conjunto de ações que integram as políticas de saúde. Nessa dimensão, há a necessidade de articulação permanente das ações de vigilância sanitária nas distintas esferas de governo e destas com as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS. A adoção de práticas de saúde resolutivas, seguras, éticas e humanizadas, acompanhadas de iniciativas para a qualificação dos trabalhadores de saúde e a consolidação do controle social, constituirão dimensões essenciais para a qualidade e a integralidade da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2007).

Uma política respaldada pela constante criação de conhecimento e ofertas de práticas, direcionada para coletividades implica a utilização de um instrumental diferenciado de gestão pública, cuja principal característica é a atenção integral ao homem integral. Isso pressupõe uma política que opere à margem de setores e repartições, introduzindo e acatando os produtos dos diálogos de governo e população, em que seja valorizada a percepção que o cidadão tem acerca de seus problemas, com suas identidades e sua prática social (COSTA et al. 2006).

Uma das consequências políticas mais relevantes da crise ambiental e dos riscos complexos e incertos foi o desenvolvimento do princípio da precaução. Na prática ele rompe com a ideologia do otimismo tecnológico e inverte os pressupostos do paradigma

preventivo clássico para o caso das tecnologias cujas incertezas e potenciais prejuízos sejam considerados muito elevados. Inverte-se também o ônus da prova e dos marcos regulatórios: o que a sociedade passa a exigir dos proponentes das novas tecnologias e das agências reguladoras não é propriamente a avaliação científica da existência dos riscos, mas sim da inexistência dos mesmos, ou melhor, de uma avaliação global dos impactos que reduza substancialmente os temores quanto às novas tecnologias e investimentos (PORTO, 2004).

A reconfiguração da ordem econômica mundial recente e, principalmente, as expectativas de contínuas mudanças decorrentes da globalização e da rapidez da circulação de informações tornam as práticas de vigilância sanitária crescentemente relevantes. Os novos padrões de produção e circulação de mercadorias e os seus possíveis efeitos sobre a saúde das populações têm levado à necessidade de medidas de proteção da saúde ao mesmo tempo ágeis, firmes e criativas por parte dos órgãos públicos, privados e da sociedade em geral. A partir destes conceitos, pode-se pensar no modelo de regulação sanitária do país, que deve estar orientado pela identificação e avaliação dos riscos e busca de mecanismos que garantam a segurança sanitária e a proteção da saúde. A escolha entre alternativas para a regulação, frente às análises produzidas e situações de incerteza científica, significa gerenciar os riscos, e estas escolhas não podem estar reduzidas a atos administrativos de natureza cartorial ou fiscalizatória. Também é preciso reconhecer que o processo de regulação se dá num contexto de conflitos de interesses, que podem gerar embates. Para minimizar suas fragilidades é fundamental que as decisões estejam baseadas em conhecimentos científicos sólidos e ampla divulgação de informações, de forma que a sociedade organizada possa interferir neste processo. O avanço para a integralidade na atenção deverá estar expresso prioritariamente na estrutura e na organização dos serviços, nos instrumentos de planejamento e gestão adotados nos três níveis de governo, nos processos de trabalho e qualificação dos trabalhadores de saúde e no estímulo à construção de políticas intersetoriais. Estas diretrizes devem gerar as condições necessárias para a inserção da vigilância sanitária nos distintos níveis de complexidade da atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2007).

O diálogo intersetorial é difícil, pois é preciso respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de soluções para os problemas levantados, entretanto, pode ser uma importante estratégia de reconstrução da esfera pública. Além disso, a colaboração de vários setores, visando a um objetivo único, oferece uma série de vantagens: aumentar o conhecimento e a compreensão entre setores, diminuindo as rivalidades e esclarecendo o papel de cada um; assegurar o planejamento de ações de saúde baseadas no conhecimento ampliado das necessidades da comunidade; e garantir que as informações sobre saúde

recebidas pelo público sejam uniformizadas. O cerne da ação intersetorial localiza-se na gestão pública de um território bem definido. Nesse sentido, a cidade é um espaço privilegiado que pode ser viabilizado politicamente, mediante um novo olhar e um novo agir sobre a realidade, definindo democraticamente os problemas prioritários, cuja redução ou controle necessita de habilidades e compromissos de diversos setores. A implementação da intersectorialidade deve dar-se por meio de um planejamento que envolva todos os setores, para que todos tenham claras as suas responsabilidades e funções, conhecendo as interfaces necessárias (AERTES et al, 2004).

A noção de Sistema de Vigilância Sanitária pressupõe a articulação e integração de componentes de um todo; coaduna-se com a natureza das questões de vigilância que envolve problemas relacionados à produção, circulação e ao consumo de bens e serviços, meio ambiente e ambiente do trabalho, e também com o mandamento organizado numa rede pública, regionalizada e hierarquizada, de serviços e ações destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo por diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação social (COSTA, 2001).

O setor sanitário diante do problema – necessidades de saúde da população/insuficiência do conceito sob o marco biomédico – amplia seu olhar e seu espectro de ações. Esse processo de ampliação nos força à construção de outras posturas, diretrizes e propostas que se integrem desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população, passando pelo comprometimento dos gestores (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004).

O papel do profissional de saúde é o de zelar pela saúde da população, inserida no contexto territorial, conectando o local e o global. Os problemas de saúde coletiva, objeto da ação do sanitarista, são expressões de crises sócio-ambientais. As imbricadas relações, de diferentes escalas temporais e espaciais, que compõem o sistema de ação transformadora do sanitarista, exigem, para sua atuação, um olhar integrado dessa complexidade. A melhor estratégia para a efetividade de seu trabalho é aquela que consegue mudar os condicionantes nocivos à saúde e que estão presentes nos processos sócio-ambientais. Por esta razão, diante desses contextos, o profissional sanitarista tem que apreender a complexidade do sistema em que atua. Não só a partir de uma visão técnico-científica estabelecida como “normal”, “verdadeira” (que, em geral, é aquela que interessa aos poderes econômico e político dominantes), mas, fundamentalmente deve exercer a crítica necessária para contestar certas “verdades” e construir novas perspectivas de compreensão do processo saúde-doença, segundo um paradigma muitas vezes contra-hegemônico. Precisa ir mais além! Entranhar-se

na sociedade e conhecer a integralidade do sistema que lhe dá significado e o conforma. O sanitarista tem que estar preparado para o embate de idéias, para mediar negociações e emitir juízos técnico-científicos. Deve valer-se da autoridade de defensor da saúde pública, o que implica, também, um papel normativo e regulador. Em tudo isto está a sua subjetividade, que de neutra não tem nada, mas que por isto mesmo tem uma enorme dimensão axiológica (ética) (AUGUSTO, 2005).

Segundo Minayo (2006), do ponto de vista sanitário, o binômio saúde-doença se constitui como um processo coletivo, portanto é preciso recuperar, nesse coletivo, o sentido de “lugar” como o espaço organizado para análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana.

Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (BRASIL, 2002).

Como no conceito ampliado de saúde e doença, incluindo principalmente determinantes ambientais, sociais, políticos, econômicos e culturais, as ações de Vigilância Sanitária não devem se restringir as atuações de comando e controle visando somente à resolução de fatores causais de agravos.

A participação da população na identificação e análise dos problemas e na eleição de prioridades tem sido fundamental para o agir qualificado do poder municipal (LIMA et al. 2003)

Nessa perspectiva, deve-se considerar que a intervenção em VISA também se constitui como espaço para construção da cidadania e para promoção da saúde, devendo ser revalorizadas as ações educativas e de desenvolvimento da consciência sanitária, como substrato para reafirmação da cidadania, estendendo a compreensão da Vigilância Sanitária para além de seu aspecto coercitivo (BRASIL, 2007).

Essa nova abordagem se complementa com a incorporação da Promoção de Saúde, quando se formulou a missão institucional da ANVISA de “Proteger e Promover a saúde, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços”, tendo por valores a cooperação, e por visão de futuro, “ser agente da transformação do sistema descentralizado de Vigilância Sanitária em uma rede, ocupando um espaço diferenciado e legitimado pela população, como reguladora e promotora do bem estar social” (COSTA, 2001).

6. VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DA COMPLEXIDADE À EQUIDADE

Na linguagem coloquial, a palavra “complexo” é usada com frequência e muitas vezes absolve quem a usa de dar maiores explicações sobre o assunto de que trata. Ouvimos constantemente as expressões: a situação é complexa, o problema é complexo, a busca de solução é uma tarefa complexa. A idéia que nos fica de complexidade é de caos, desordem, obscuridade. É o oposto do que a palavra, por sua etimologia, quer dizer. A palavra vem de *plexus*, entrelaçado, tecido em conjunto. Em vez de usar a palavra como escapatória, devemos ver como melhor entendê-la para ajudar-nos na abordagem de problemas. De um modo ou de outro a idéia de complexo, de complexidade, sempre foi usada, mas só modernamente vem ganhando foros de uma nova ciência. Fala-se em teoria da complexidade, paradigma da complexidade, epistemologia da complexidade. A complexidade vem sendo usada para estudos no mundo da Física, alguns de escala planetária, envolvendo emissão de gases poluentes, camada de ozônio, correntes marítimas, aquecimento da Terra. No mundo biológico, a complexidade aparece em sua plenitude no ser humano, com seus múltiplos sistemas e aparelhos interagindo para manter a homeostase. No mundo social, a complexidade torna-se cada vez mais importante pelos avanços tecnológicos, que permitem comunicações cada vez mais rápidas entre pessoas, povos e nações. Para bem entendermos a idéia de complexidade, temos que vê-la em relação ao que se considera usualmente seus opostos. Podemos formar vários pares: simples-complexo, simplificação-complexificação, redução-conjunção, reducionismo-holismo, partes-todo. É preciso frisar, contudo, que a complexidade não funde seus opostos em um todo homogêneo: ela mantém a distinção entre as partes. Ela associa sem tirar a identidade das partes que a compõe, mas sempre considerando que o todo é maior que a soma das partes. A complexidade do mundo em que vivemos transparece nas expressões que usamos: o mundo das artes, o mundo da política, o mundo da ciência, o mundo acadêmico, o mundo do comércio, e por aí vai. No entanto, só existe um mundo. Todos os mundos acima se entrelaçam num mesmo espaço-tempo em que vivemos. O setor saúde de um país é só parcialmente capaz de influenciar os indicadores de saúde. Boa parte da capacidade de influenciá-los num sentido positivo recai em outros setores, responsáveis por outras dimensões da saúde. O nível de saúde de um país depende em última análise de um trabalho harmônico, em parceria, de vários setores da sociedade, públicos e privados. Fala-se

hoje inclusive de um terceiro setor, em que entram recursos para a saúde, oriundos de organizações não governamentais (ONGs) e de vários mecanismos desenvolvidos por iniciativa da sociedade civil. Podemos analisar o setor saúde de inúmeros ângulos ou pontos de observação, que aqui chamamos de dimensões (Figura 4). Reunindo informações desde múltiplas perspectivas, ou seja, fazendo uma análise multidimensional, podemos ter uma visão mais clara e completa da realidade. A visão unidimensional, ou mesmo de apenas duas ou três dimensões, é insuficiente (CHAVES, 1998).



Figura 5 - Dimensões do Setor Saúde

Fonte: CHAVES, 1998.

A Figura 5 representa as dimensões às quais atribuímos maior importância na forma de uma roda com oito raios, tendo em seu eixo o setor saúde e em seu aro, a Realidade Transetorial, em que todos os setores interatuam. Todos os compartimentos do círculo comunicam-se entre si, visando caracterizar a unidade do todo constituído pela realidade transsetorial e na qual, no nosso caso, o setor saúde é o foco de atenção. Estivéssemos estudando outro setor e ele por sua vez ocuparia o centro do círculo, ficaria na berlinda. As dimensões do setor saúde ajudam nossa compreensão dos problemas de saúde, ao tornar mais visível sua complexidade. Lançamos olhares diferentes sobre o setor, pudemos vê-lo sob

novas perspectivas, porém isso não nos basta. O pensamento complexo deve conduzir-nos a melhores modos de atuação sobre a realidade no sentido de mudá-la para melhorar, de transformá-la (CHAVES, 1998).

Minayo (2008) afirmou que "o desafio é construirmos um olhar para a Vigilância tendo clara a noção de sua interdependência sistêmica. Neste caso, o Pensamento Complexo nos obriga a contextualizar o todo e suas partes interativas. As operações de análise neste campo não devem, portanto, dissecar cada parte, mas enfrentar a dificuldade que é olhá-las de forma sistêmica. Enxergá-las ao mesmo tempo como um todo, mas também como parte, no sentido interativo, mas também autônomo, de forma a alimentar uma às outras. Ao analisar o esforço de enfrentar os problemas complexos da Vigilância através do uso do Pensamento Complexo - que segundo ela desafia a simplicidade do pensamento positivista que nos aprisiona na dicotomia entre causa e efeito - Minayo analisou a atual crise econômico-financeira mundial e provocou a platéia ao afirmar que “diante desta crise, podemos pensar nela também como uma oportunidade, já que a desordem e o caos podem não ser necessariamente, um mal. Caos e desordem podem também ser provocadores de mudanças. Podem se transformar em energia positiva e aumentar o nível de possibilidades de soluções para problemas que, sob a ótica positivista, seriam de complexidade de mais difícil superação”. Ao propor uma reflexão sobre esta visão inquietante e inovadora para se utilizar o Pensamento Complexo como forma de superar problemas, a pesquisadora construiu uma “ponte” entre filosofia e metodologia para afirmar que “eticamente, não cabe afirmar que as soluções dos problemas estejam sempre em códigos exteriores aos sujeitos neles envolvidos, ou nas chamadas autoridades competentes. A Teoria do Pensamento Complexo ilumina um ponto cego da visão unidimensional que questiona e modifica a antiga prática que só valoriza normas e regulamentos”. O “desafio” - mas também a “oportunidade”, na sua visão - está localizado no fato dos que trabalham em Vigilância Sanitária exercerem um olhar diferente para a complexidade setorial, mesmo que para isso sejam obrigados a abandonarem a prática científica positivista e tradicional (SIMBRAVISA, 2008).

Três dimensões epistemológicas diferenciam as teorias tradicionais do enfoque sistêmico (MINAYO & MINAYO-GOMES, 2006):

- a) a idéia de simplicidade dos fenômenos é substituída pela noção de complexidade;
- b) a noção de estabilidade e de regularidade é contraposta à noção de instabilidade do mundo dos seres vivos;

- c) a crença na objetividade dá lugar à noção de intersubjetividade na constituição da realidade e de sua compreensão.

Não se trata de um pensamento que exclui a certeza pela incerteza, que exclui a separação pela inseparabilidade, que exclui a lógica para permitir todas as transgressões. O procedimento consiste, ao contrário, em se fazer uma ida e vinda incessante entre certezas e incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável. De igual modo, este utiliza a lógica clássica e os princípios de identidade, de não-contradição, de dedução, de indução, mas conhece os seus limites, e tem consciência de que, em certos casos, é necessário transgredi-los. Não se trata, portanto, de se abandonar os princípios de ordem, de separabilidade e de lógica, mas de integrá-los em uma concepção mais rica. Não se trata de contrapor um holismo vazio ao reducionismo mutilador; trata-se de reatar as partes à totalidade. Trata-se de articular os princípios de ordem e de desordem, de separação e de junção, de autonomia e de dependência que estão em dialógica (complementares, concorrentes e antagônicos), no seio do universo. Em suma, o pensamento complexo não é o contrário do pensamento simplificador, ele o integra; como diria Hegel, ele realiza a união da simplicidade com a complexidade, e mesmo no metassistema que constitui, ele transparece sua própria simplicidade. O paradigma da complexidade pode ser enunciado tão simplesmente como aquele da simplificação: este obriga a separar e reduzir; o paradigma da complexidade ordena reunir e distinguir (MORIN, 2003).

Hoje em dia, em muitos campos científicos anuncia-se que o Paradigma S teria exaurido sua capacidade de apreender as complexas realidades concretas da natureza, história e cultura humanas e, por conseguinte, teria alcançado os seus limites como um terreno fértil para o avanço da ciência. Desde a inauguração da perspectiva sistêmica, ilustres pensadores e cientistas de diversas áreas de pesquisa vêm propondo formas alternativas de superação das debilidades do reducionismo. A articulação sistemática desse desenvolvimento crítico resultou na composição de novos campos interdisciplinares como a Ciência da Informação e a Cibernética. Mais recentemente, essas propostas foram finalmente unificadas, conformando o que veio a ser designado como "paradigma da complexidade" ou, abreviadamente, Paradigma da Complexidade (ALMEIDA FILHO, 2005).

O pensamento complexo é, portanto, essencialmente, o pensamento que lida com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. Trata-se de um pensamento capaz de reunir, contextualizar, globalizar, mas ao mesmo tempo de reconhecer o singular, o individual, o concreto. O pensamento complexo não se reduz nem à ciência, nem à filosofia,

mas permite a comunicação mútua, fazendo o intercâmbio entre uma e outra. O modo complexo de pensar não é útil apenas para os problemas organizacionais, sociais e políticos. O pensamento que enfrenta a incerteza pode ensinar as estratégias para o nosso mundo incerto. O pensamento que reúne ensina uma ética da aliança ou da solidariedade. O pensamento da complexidade possui, igualmente, seus prolongamentos existenciais, postulando a compreensão entre os humanos (MORIN, 2003).

Para alcançar a desejada "síntese da complexidade", é certo que será necessário produzir discursos capazes de atravessar fronteiras disciplinares. Para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça, será imprescindível um compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e simbólicas. Paradoxalmente, caso isso ocorra, será porque as fronteiras já não fazem sentido. É esta abertura das fronteiras disciplinares justamente a demanda que se impõe à ciência contemporânea, exatamente esta a via privilegiada (quixá a única via) de acesso aos objetos complexos. "Necessitamos uma transformação radical do sistema de formação dos sujeitos da ciência, no contexto de um novo paradigma. Precisamos pensar/repensar o saber, não sobre a base de uma pequena quantidade de conhecimentos como nos séculos XVII e XVIII, mas considerando o estado atual de dispersão, proliferação, parcelamento dos conhecimentos. Cada vez mais o processo de produção do conhecimento científico será social, político-institucional, matricial, amplificado. Nesse cenário, a produção competente da ciência viabilizará abordagens totalizantes, apesar de parciais e provisórias, sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade" (ALMEIDA FILHO, 2005).

O enfoque ecossistêmico tem por objetivo desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde-ambiente, tendo como foco realidades concretas, de forma a permitir a implantação de ações apropriadas e saudáveis das pessoas e para as pessoas que aí vivem. Tem como pressuposto a união entre ciência e mundo da vida na construção da qualidade de vida social e do planeta, como responsabilidade coletiva e individual. Pode-se dizer que esse enfoque constitui uma via concreta para desenvolver capacidades dos sujeitos individuais e para fortalecer ações comunitárias com vistas a fazer escolhas saudáveis, dentro da perspectiva holística e ecológica da promoção da saúde. Baseia-se em três pilares fundamentais: transdisciplinaridade, participação social e equidade social, incluindo a de gênero. O denominado enfoque ecossistêmico da saúde humana busca, precisamente, realizar teórica e praticamente a integração interdisciplinar da saúde e do ambiente por meio do desenvolvimento de ciência e da tecnologia, gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados (MINAYO e MINAYO-GOMES, 2006).

Na abordagem ecossistêmica proposta por Pilon (2006), as configurações causais dos eventos devem ser explicitadas (diagnóstico de situação), tendo em vista o desenvolvimento de novas configurações, suscetíveis de desencadear eventos alternativos (prognóstico de mudança). Nesse sentido, os projetos deverão:

- a) Definir os problemas no bojo do “caldeirão fervente”, não os reduzir às bolhas de superfície (questões aparentes, em voga ou predefinidas);
- b) Considerar os eventos como configurações dinâmicas resultantes dos enlaces e rupturas entre as quatro dimensões de mundo: íntima, interativa, social e biofísica;
- c) Analisar o papel atual e potencial dessas dimensões, tendo em vista seu duplo papel como doadoras e receptoras (o que afeta uma, afeta todas);
- d) Promover a qualidade de vida como resultado da singularidade (identidade própria) e do apoio mútuo entre (reciprocidade) as dimensões de mundo.

Para o planejamento e execução de projetos ecossistêmicos recomenda-se (PILON, 2006):

- a) Definir o campo responsável pelos eventos: As configurações formadas pelas quatro dimensões de mundo (íntima, interativa, social e biofísica) deverão ser descritas em termos do campo dinâmico formado pela ação recíproca de cada dimensão sobre si mesma e sobre as demais, campo esse responsável pelos eventos tal qual se apresentam;
- b) Definir o espaço de vida: O espaço de vida deverá ser descrito em termos de ecossistemas (solo, água, ar, flora, fauna), entorno natural e construído, edificações e vias públicas, logradouros, moradias, condições sanitárias, de trabalho, estudo, lazer e cultura, serviços públicos, organizações comunitárias, ecúmeno (urbano/rural), assentamentos;
- c) Definir objetivos multidimensionais: Os objetivos nas quatro dimensões de mundo visarão desenvolvimento pessoal e controle existencial (dimensão íntima), qualidade das redes de apoio (dimensão interativa), aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais (dimensão social), qualidade dos ambientes naturais e construídos (dimensão biofísica);
- d) Definir as estratégias de intervenção: O incremento dos processos de doação e recepção entre as quatro dimensões de mundo poderão abranger os níveis micro, meso e macro: trabalho com nichos socioculturais,

lideranças naturais e redes de apoio, com setores responsáveis pela organização social, políticas públicas e meios de comunicação social;

- e) Definir as formas de implementação, avaliação e seguimento: os critérios para a execução, seguimento e avaliação dos projetos face a variáveis relevantes nas quatro dimensões de mundo deverão ser explicitados, em termos de aspectos educacionais e psicossociais, abrangendo atividades conjuntas de diferentes setores.

Sá e Pepe (2000) reconhecem a importância do planejamento estratégico-situacional (PES) para o planejamento das ações em saúde, e o articular à construção de viabilidade de planos, ao monitoramento e à avaliação, em Vigilância Sanitária. As imensas dificuldades para as ações de Vigilância Sanitária serem efetivas podem ser melhor compreendidas se consideramos o alto grau de complexidade do objeto de intervenção das mesmas, e a baixa capacidade de regulação e controle do poder público sobre este objeto. Assim, é necessário aumentar a governabilidade do Estado sobre as complexas e múltiplas variáveis intervenientes e relações presentes nos processos de produção, circulação e consumo de bens e prestação de serviços que interferem nas condições de saúde das populações e no meio ambiente. Para atuar nesta área, com alguma probabilidade de êxito, leis, códigos sanitários, conhecimentos, tecnologias e recursos materiais são indispensáveis, mas insuficientes. É preciso ter poder e legitimidade para que leis e códigos sanitários se cumpram, para que conhecimentos e tecnologias sejam aplicados e recursos materiais estejam disponíveis e sejam adequadamente utilizados. Enfim, além de uma boa capacidade de governo (de fazer/saber fazer), a viabilidade do projeto da Vigilância Sanitária está condicionado à possibilidade de um aumento considerável da governabilidade do poder público sobre os processos sociais, políticos e econômicos que compõem o objeto de trabalho da Vigilância Sanitária. A Teoria da Produção Social permite uma visão integral da realidade além de uma explicação aprofundada dos problemas e suas causas. Ela abrange tudo que o homem cria (valores, ideologias, organizações, instituições, partidos políticos, normas, ciências, arte, etc.), à partir de uma diversidade de recursos de naturezas distintas (econômicos, cognitivos, políticos, organizativos). Todos estes recursos, e as formas como os mesmos se organizam, constituem as capacidades de produção (ou acumulações) social. Todos os fatos ou fenômenos que podem ser produzidos, isto é, todos os fluxos de produção, bem como todas as capacidades de produção ou acumulação, encontram-se num espaço de variedades do possível, definido pelas regras básicas do processo de produção. A Teoria da

Produção Social tem importância para o planejamento em saúde e particularmente para a Vigilância Sanitária, porque ensina a identificar as causas dos problemas nos diversos planos da realidade e o grau de dificuldade para sua transformação (SÁ e PEPE, 2000).

Entre os pressupostos e características gerais do planejamento estratégico que se fundamentam nos trabalhos de Carlos Matus, idealizador do enfoque, podemos destacar:

- a) É um enfoque político, o poder é uma categoria de análise central;
- b) Diferentes atores têm diferentes visões sobre a realidade, diferentes graus de poder e diferentes interesses;
- c) Não se pode fazer previsões sobre a realidade social, pois é conflitiva e marcada pela complexidade e pela incerteza;
- d) Planejar é realizar um cálculo sistemático, interativo (no sentido da relação com outros atores) e probabilístico. É um processo complexo e exige a articulação constante entre presente e futuro;
- e) Os recursos econômicos não são os únicos recursos escassos. É necessário garantir “recursos de poder” para implementar as mudanças desejadas;
- f) O poder é uma capacidade, ou acumulação, capacidade de produção de fatos, capacidade de ação. Manifesta-se de várias formas – como um poder técnico, um poder político ou um poder administrativo;
- g) Planejar é um processo contínuo, sem separação rígida entre etapas, que se interpenetram. Este processo deve ser avaliado constantemente, em função do alcance da proposta de mudança. Planejamento e ação/execução são indissociáveis são, indispensáveis (planejar é governar).

O PES (Planejamento Estratégico Situacional) não é só teoria e técnica, tampouco é um cálculo determinístico, com um só resultado possível. A teoria e os métodos são importantes, mas insuficientes para um ator ter êxito na execução de seus planos. As habilidades pessoais, a experiência, a criatividade e a sensibilidade dos atores são importantes. Planejar também é uma arte, onde os problemas admitem distintas soluções, conforme os atores que os consideram.

Os quatro momentos do processo de planejamento estratégico-situacional são os seguintes, ainda segundo Sá e Pepe (2000):

- 1) **Momento explicativo:** O ator, ou os atores, identificam os problemas, selecionam os que deverão enfrentar imediatamente e procuram compreender (explicar) como tais problemas se manifestam, por que existem, como foram gerados, isto é, quais suas causas, e quais suas consequências. As causas de um problema se articulam, se reforçam mutuamente, formando uma rede de causalidade;
- 2) **Momento normativo:** Definem-se os resultados a que se quer chegar, a partir do enfrentamento dos problemas selecionados, o que se deve fazer (operações/ações) para alcançar tais resultados, os recursos (de vários tipos) necessários para a realização das operações, os responsáveis pelas mesmas, entre outros aspectos; esse, portanto, é o momento de desenho do plano de intervenção sobre os problemas;
- 3) **Momento estratégico:** Analisa-se o grau de dificuldade (viabilidade) para realizar as operações e alcançar os resultados. Para isso, examinam-se as proposições (motivações) dos atores relevantes e sua capacidade (poder) de facilitar, ou dificultar/impedir, a realização das operações. O mais importante é que este momento não se limita à análise de viabilidade, mas inclui a busca de estratégias – com a negociação cooperativa, a persuasão, o uso de autoridade e até mesmo, em alguns casos, o confronto – visando a construção de viabilidade para as operações consideradas inviáveis na análise inicial;
- 4) **Momento tático operacional:** É o momento de execução do plano. O grande desafio é garantir a coerência entre as decisões do dia-a-dia e os objetivos de médio/longo prazo do plano.

O PES propõe um sistema de gestão estratégica que se apóia, entre outros mecanismos, num processo de gerência por operações, com petição e prestação de contas, realizada regularmente pelos responsáveis em cada operação e ação. A execução do plano, e a conjuntura, são monitorados através de um sistema de indicadores e sinais de atenção e alarme, que permitem ao gestor corrigir possíveis erros de condução, e/ou antecipar problemas não previstos (SÁ e PEPE, 2000).

A organização, a equipe de técnicos, a lei, o saber e o poder. Há que se cuidar de cada um destes aspectos. Tudo em relação com a sociedade, com a multiplicidade de interesses e de valores do nosso país (CAMPOS, 2001).

Entre os fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário são citados com frequência (PIOVESAN et al, 2005):

- a) Atribuições pouco definidas das instâncias de governo;
- b) Abordagem fragmentada do campo de atuação; pouca articulação intra e interinstitucional;
- c) Insuficiência de recursos humanos;
- d) Baixa qualificação técnica dos profissionais;
- e) Sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes;
- f) Interferência político-partidária;
- g) Falta de apoio político, assim como desmobilização e desinformação da sociedade.

Além dessas dificuldades, enfrentadas pelas Vigilâncias Sanitárias municipais, identificou-se o desconhecimento das prioridades dos seus próprios territórios, o que potencializa a desvinculação entre prioridades locais e metas pactuadas, ignorando que, no campo da Vigilância Sanitária, os fatores de risco, as relações sociais e as políticas desenham os territórios e, em consequência disso, a efetividade dos serviços (PIOVESAN et al, 2005).

Foram descritos nos parágrafos anteriores, o pensamento de alguns autores e especialistas, que demonstram de forma bastante coerente, o papel ampliado que a Vigilância Sanitária deve exercer dentro do Sistema Único de Saúde nem direção a Promoção de Saúde e Ambientes Saudáveis.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2002).

A Vigilância Sanitária teve um desenvolvimento importante como órgão de saúde pública do Sistema Único de Saúde nos últimos anos, principalmente após a criação da ANVISA em 1999, com diversos desdobramentos, onde cada vez mais ocorreu a descentralização das ações, através do fortalecimento das Vigilâncias Sanitárias locais, tornando-se Estado e União, órgãos consultivos e regulamentadores.

Apesar de todo este histórico, observa-se que as realidades locais ainda apresentam muitas carências para a realização dos objetivos mais ampliados da Vigilância Sanitária em direção à Promoção de Saúde, tendo muitas vezes um trabalho meramente cartorial e executando somente ações de fiscalização e controle.

Como se analisou neste estudo, a Vigilância Sanitária é uma instituição de grande importância para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, necessitando ter uma relação mais próxima com a sociedade, interagindo com a mesma, principalmente desenvolvendo ações de educação sanitária e atuando de forma mais dinâmica na produção de ambientes saudáveis. Para tanto, uma gestão coerente, capacitada, ética e autônoma é fator imprescindível para o desenvolvimento das vigilâncias locais, entretanto, o que se observa ainda hoje é oportunismo e ingerências políticas no nível local, dificultando a realização plena das ações sanitárias, colocando muitas vezes a população em riscos sanitários diversos.

A falta de uma equipe transdisciplinar, capacitada e dinâmica também é fator limitante do trabalho. Muitas vezes percebe-se que existe a equipe, formalmente constituída, principalmente para atendimento de órgãos diretivos, mas que efetivamente não realiza um trabalho dinâmico de análises e intervenções. Falta de capacitação, de estímulos e motivação, levam os funcionários a realizarem um trabalho mecânico e de baixa qualidade para cumprir metas estipuladas.

No nível local, a VISA realiza ações esparsas e pontuais em direção a Promoção de Saúde, muitas vezes se restringindo a transmissão de informações técnicas de

ordem preventiva, sem trabalhar o envolvimento comunitário, o desenvolvimento de autonomia e habilidades, a transdisciplinaridade, a intersetorialidade e a equidade.

Inserida no complexo campo da saúde coletiva, a VISA é órgão fundamental do SUS e responsável pela qualidade e segurança sanitária praticamente de todos os serviços de saúde prestados. Assim, é irreversível a necessidade de ampliar as suas ações para além da prevenção e fiscalização. A VISA necessita então de uma gestão ética, coerente e autônoma para coordenar uma equipe dinâmica e preparada, que atue em conjunto com outros setores da municipalidade; que promova o envolvimento de todos os atores, principalmente da população e de grupos específicos; que leve em conta os diversos determinantes sociais da saúde; que produza indicadores de efetividade e assegure a sustentabilidade de suas ações para melhoria dos produtos e serviços prestados, que interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas.

Percebe-se que as idéias convergem para um propósito real de integração da Vigilância Sanitária às estratégias e ações de Promoção de Saúde quando se observa a análise de temas diretamente ligados ao paradigma promocional como: intersetorialidade; equidade; reforçar a participação da comunidade; controle social; educação em saúde; democratização de informações e publicidade; legalidade e políticas públicas saudáveis; reorganização de sistemas de saúde; responsabilidade individual e coletiva; capacitação das pessoas; mudança de comportamentos; desenvolvimento econômico/tecnológico; desenvolvimento sustentável; ambientes físicos seguros; segurança e qualidade de produtos e serviços; integralidade; prevenção; descentralização de ações; cidadania; princípio da precaução; saúde do trabalhador; justiça social; eliminação e minimização de riscos; atitudes éticas; etc. É importante observar que esses temas, frequentemente retomados em diversas ocasiões, demonstram que a Vigilância Sanitária deve ser encarada como sistema complexo de saúde pública e que para uma melhor efetividade de suas ações é necessário ampliar as suas potencialidades na direção de uma abordagem que inclua a transdisciplinaridade, a participação social e a equidade para a produção de Ambientes Saudáveis e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Concluimos que a Vigilância Sanitária necessita ampliar sempre suas atuações no sentido de incluir em suas metas: a multicausalidade dos agravos, os determinantes sociais de saúde, a equidade no sentido de prioridades através de ações coletivas, a intersetorialidade ao estabelecer parcerias de atuação, a participação social pelo envolvimento de todos os atores e a sustentabilidade através de ações que tenham continuidade ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

AERTES, D.; ALVES, G.G.; LA SALVIA, M.W.; ABEGG, C. *Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. *Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde*. Saúde Soc, São Paulo, v.14, n. 3, 2005.

AUGUSTO, L.G.S. *Teoria e Prática na ação do Sanitarista: A Questão da Saúde e do Ambiente*. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9-26, 2005.

AZEVEDO, Maria Amélia. *ADVOCACY em REDE Coordenadoria do LACRI/IPUSP*, São Paulo, SP. 2003.

BODSTEIN, R.C. de A. *Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública*. In: Rozenfeld, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 63-97.

BODSTEIN, R. *Atenção básica na agenda da saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. *Lei n. 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*, Brasília, p. 18.055, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 60 p., 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano diretor de vigilância sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI-FILHO, A. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P.M. *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; BARROS, R.B.; CASTRO A.M. *Avaliação da política nacional de promoção da saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G.W.S. *Vigilância Sanitária: Responsabilidade Pública na Proteção e Promoção da Saúde*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 9-17.

CAMPOS, M.V. *O conceito de prevenção no discurso da Organização Pan-americana da Saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.

CANDEIAS, N.M.F. *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CAPRA, F.A. *Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 1995.

CARVALHEIRO, J.R. *Desafios da Vigilância Sanitária e a Função Regulatória*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 25-36.

CARVALHO, A.O.; EDUARDO, M.B.P. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios*, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 6, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

CESARIO, M. *Health, environment and development: human ecological framework*. João Pessoa: Idéia; Rio Branco: EDUFAC, 2004.

CHAVES, M.M. *Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do setor saúde*. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/leprans/arquivos/Chaves.pdf>>. Acesso em 02/02/2010; 1998.

CNDSS. *Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, A.M.; PONTES, A.C.R.; ROCHA, D.G. *Intersetorialidade na produção e promoção da saúde*. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC/OPAS, 2006, v. 1, p. 96-115.

COSTA, E.A.; ROSENFELD, S. *Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil*. In: ROSENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTA, E.A. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

COSTA, E.A. *Políticas de Vigilância Sanitária: Balanços e Perspectivas*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 37-52.

COSTA, E.A.; FERNANDES, T.M.; PIMENTA, T.S. *A Vigilância Sanitária nas Políticas de Saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976 – 1999)*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 995-1004, 2008.

CUNHA, J.P. *Em Busca da Inteligência Cidadã*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 129-137.

CZERESNIA, D. *O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53.

DALLARI, S.G.; ADORNO, R.C.F.; FARIA, M.M.; SHUGAIR, N.S.; MAHMUD, S.A.Q.; TREWIKOWSKY, S. *O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, 1996.

DALLARI, S.G.; BARBER-MADDEN R.; TORRES-FERNANDES, M.; SHUGAIR, N.S. MAHMUD, S.A.Q.; WATANABE, H.A. *Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.6, 1996.

DALLARI, S.G. *Vigilância Sanitária, Direito e Cidadania*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 109-127.

FERNANDES, S. M. *Historical development and the main concepts of health promotion*, EU Masters in Health Promotion, Lisboa, 2002.

FORTES, P.A.C. *Vigilância Sanitária, Ética e Construção da Cidadania*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p. 151-159.

FREITAS, C.M. *As Ciências Sociais e o Enfoque Ecológico em Saúde*. In: MINAYO, M.C.S.; Coimbra-Jr., C.E.A. (Org.). **Críticas e Atuantes - Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 47-59.

GOHN, M. G. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais*. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.20-31, 2004.

HANCOCK, T. *Conceito de cidades saudáveis*. Agência FIOCRUZ de notícias, entrevistas, Rio de Janeiro, 2010, disponível - www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1748&sid=3

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: *Caderno de Textos*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001

I CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE. *Carta da Transdisciplinaridade*. Comitê de Redação: Lima de Freitas, Edgar Morin e Basarab Nicolescu. Convento de Arrábida, Portugal, 6 de novembro de 1994.

INOJOSA, R.M. *Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.35-48, 1998.

INOJOSA, R.M. *Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade*. *Cadernos FUNDAP*, n. 22, p. 102-110, 2001.

KINCHELOE, J. *Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry*, Vol. 7, n. 6, p. 679-692, 2001.

KINCHELOE, J.; BERRY, K. *Pesquisa em educação: conceituando a bricolagem*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEBEL, J. *Salud: un enfoque ecosistémico*. Bogotá: Alfaomega, 2005.

LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. São Paulo: Editora Nacional, 1970.

LIBARDONI, M. *Fundamentos teóricos e visão estratégica da Advocacy*. *Revista Estudos Feministas*, v. 8, n.2, p. 207-222, 2000.

LUCCHESI, G. *Globalização e Regulação Sanitária: rumos da Vigilância Sanitária no Brasil*. 2001a. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LUCCHESI, G. *A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001b, p. 53-69.

MATHIAS, H.M.S. *Vigilância Sanitária no Estado do Espírito Santo: Saberes e Práticas*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

MELLO, D.R. *Vigilância Sanitária: Desigualdade e saúde: quem se importa?* In: **III Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária**, Discurso do Diretor Presidente da ANVISA, Florianópolis, 2006.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GOMEZ. *Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar*. ©INTERFACEHS *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, v.1, n.1, 2006.

MINAYO, M.C.S. *Saúde e ambiente: uma relação necessária*. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; CARVALHO, Y.M.; DRUMOND-JUNIOR, M. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. v. 1, p. 93-122.

MONTEIRO, M.G.; FLEURY, S. *Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 219-233, 2006.

MORAES, I.H.S. *Informação e Tecnologia à Serviço da Vida – O Desafio de Estruturar Informações para a Vigilância Sanitária no Brasil*. In: **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: caderno de textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001, p.85-98.

MORAES, M.C.; TORRE, S.L.A. *Pesquisando a partir do pensamento complexo: elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico*. **Educação**, Porto Alegre, v. 1, n. 58, p. 145–172, 2006.

MORIN, E. *A Necessidade de um Pensamento Complexo*. Representação e complexidade. Candido Mendes (Org.); Enrique Larreta (ed.). Rio de Janeiro: Garamond, 2003, 248p.

NIELSEN, N.O. *Ecosystem approaches to human health*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17 (Suplemento), p. 69-75, 2001.

NUTBEAM, D. *Eficácia de la Promoción de la Salud: las preguntas que debemos responder*. In: **Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud**, Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo, 1999.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Informe de La Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción*. Ginebra, 1995.

PAIM, J.S. *Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS*. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.34-46, 2006.

PILON, A.F. *Construindo um mundo melhor: Abordagem Ecosistêmica da Qualidade de Vida*. **RBPS**, v. 19, n. 2, p. 100-112, 2006.

PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V.; DUMONT, M.U.; GONDIM, M.G.; FLORES, O.; PEDROSA, J.I. *Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais*. **Rev Bras Epidemiol**, 2005.

PORTO; M.F.S.; PIVETTA, F.; SOARES, M.; MOREIRA, C.; FREITAS, M. *Abordagens ecossociais: pensando a complexidade na estruturação de problemas em saúde e ambiente*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SOCIEDADE, 2., 2004, São Paulo, Brasil. **Anais**. São Paulo: ANPPAS, 2004 [online].[citado31Maio2004].Disponívelem:<http://www..anppas.org.br/encontro/segundo/papers/GT12/marcelo_firpo.pdf>

PORTO, M.F.S.; MARTINEZ-ALIER, J. *Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl. 4, 2007.

PORTO, M.F.S. *Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável*. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, 1998.

PORTO, M.F.S. *Riscos, incertezas e vulnerabilidades: transgênicos e os desafios para a ciência e a governança*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES “TECNOLOGIAS, RISCOS E INCERTEZAS: DESAFIOS PARA UMA DEMOCRATIZAÇÃO DA CIÊNCIA”, 3., 2004, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 15 a 17 de abril de 2004.

RAMOS, S. *O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.4, 2004.

ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SÁ, M.C.; PEPE, V.L.E. *Planejamento Estratégico*. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

SÃO PAULO. *Código Sanitário do Estado de São Paulo*. Lei Estadual n. 10.083, de 23 de setembro de 1998. Diário Oficial do Estado, São Paulo, Seção 1; 24/09/98. São Paulo: Edipro, 5º ed., atua. e ampl., Bauru, 2003.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, rev. atual., 3ed., Florianópolis, 2001.

SIMBRAVISA. *Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária*, 4., 2008, Fortaleza. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=333>

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

SOUZA, J.M.; CARNEIRO, R. *Universalismo e Focalização na Política de Atenção à Pessoa com Deficiência*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n.3, p.69-84, 2007.

SPINK, M.J.P. *Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n.1, p.18-27, 2007.

STOTZ, E.N.; ARAÚJO, J.W.G. *Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.2, p.5-19, 2004.

UIPES/ORLA, 2003. **Conceitos-Chave em Promoção de Saúde**. Disponível em <http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf> Acessado em 22/02/2010.

VILAR, R.L.A. *Trabalho e Humanização na Estratégia de Saúde da Família*. Relatório Final de Pesquisa Integrante do Plano Diretor do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - NESC /UFRN do período 2007/2008; Natal/RN, 2008.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. *Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WESTPHAL, M.F.; SANTOS, J.L.F. *Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade*. Instituto de Estudos Avançados da USP, São Paulo, v.13, n. 35, 1999.

WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G.O. *Ação Coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, 2006.

YIN, R.K. *Case Study Research: design and methods*. New Delhi-India: **Sage Publications**, 2 ed., 1994.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)