

textos
de
vigilância
sanitária

VISA na
atenção básica

Centro colaborador em vigilância
sanitária - CECOISA/ NESCON



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

Ministério
da Saúde



Conselho Editorial:

Ana Julia Calazans Duarte
Gustavo Azeredo Furquim Werneck
Luiz Carlos Wanderley Lima
Maria Christina Fekete
Solange Carvalho

Projeto gráfico e editoração:

Marcelo Reggiani

apresentação

O Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária (COPRH) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), tem como missão apoiar as ações de Gestão do Trabalho e Educação em Visa, em consonância com a política de gestão do trabalho e educação em saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde.

A complexidade e abrangência do campo da Visa e a necessidade de acompanhar os avanços tecnológicos, os contextos políticos, sociais, culturais e epidemiológicos, e de consolidar o “novo” espaço que esta área ocupa na saúde coletiva exigem a ampliação de sua atuação de forma intersetorial.

É nesse escopo que surge esta publicação, na perspectiva de que o olhar sob o risco sanitário e outros saberes próprios da Visa extrapole as suas estruturas organizativas, introduzindo-se nos diversos setores do SUS, especificamente no âmbito da atenção básica em Saúde.

Consideramos ainda o papel importante dos profissionais técnicos de nível médio no atendimento de saúde prestado aos cidadãos brasileiros. Entendemos que a qualidade da atenção em saúde depende fortemente da qualificação desses profissionais, e que o apoio à Rede de Escolas Técnicas do SUS é um importante caminho para que se alcance este anseio.

Sanitária
vigilância
sanitária
vigilância
sanitária
vigilância
sanitária
vigilância

maria da consolação
magalhães cunha

vigilância
sanitária
no brasil:

evolução
histórica

vigilância sanitária no brasil: evolução histórica

maria da consolação magalhães cunha

O caminho para rever a trajetória da Vigilância Sanitária no Brasil obriga-nos a seguir as leis e as estruturas criadas no decorrer dos séculos. Esse caminho histórico, ao apontar principalmente as normas e práticas de fiscalização, representa apenas uma parte do papel da Vigilância Sanitária, que se expandiu ao longo do tempo, acompanhando as mudanças sociais e econômicas, a evolução da ciência e a adoção de novas tecnologias. Definida hoje como “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”, a Vigilância Sanitária aplica as contribuições de profissionais de diversas áreas do conhecimento humano em suas atividades legais, técnicas, educativas, informativas, de pesquisa e de fiscalização visando sempre ao interesse da sociedade

práticas “das nações cultas e civilizadas”

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) no Brasil iniciaram-se no século XVI, ainda que na época não houvesse o conceito atual e não se usasse essa expressão. Leis e regulamentos atestam a atuação da “polícia sanitária” a partir do século XIX. Durante o período colonial, os controles sanitários (as normas de higiene) seguiam as leis e costumes de Portugal, procuravam regulamentar as profissões de físico, cirurgião e boticário e faziam a cobrança de taxas.¹⁰

A chegada da Família Real portuguesa ao Rio de Janeiro em 1808, acompanhada por cerca de 15 mil pessoas, e a “abertura dos portos às nações estrangeiras” levaram a adoção de várias medidas sanitárias na cidade, até então pouco mais que “um entreposto de escravos”¹³, visando à prevenção de epidemias e à adequação às práticas do comércio marítimo internacional. Em 1810, estabelecendo o que era “praticado na maior parte das nações cultas e civilizadas da Europa e no porto de Lisboa”, o Príncipe Regente D. João assinou o

alvará que dava regimento ao cargo de Provedor-Mor da Saúde da Corte e Estado do Brasil e estabeleceu o Juízo de Provedor-Mor da Saúde. Recheado de indicações sobre fiscalizações, punições e taxas sobre cada serviço, o regimento organizava o trabalho da “polícia sanitária”, da maneira já existente na Europa, e declarava a responsabilidade do governo sobre a saúde pública.³

trocas de responsabilidades durante o império (1822–1889)

A higiene pública, como eram chamados os serviços de saúde, passa por grandes mudanças durante o século XIX, com a criação de órgãos e alterações na forma de gerenciamento - a responsabilidade do governo central (gerência centralizadora) foi repassada aos municípios (gerência descentralizada) e depois retomada.

A descentralização dos serviços de saúde adotada nos dias de hoje, a partir da Constituição de 1988 e da Lei 8080/90, já fora usada como estratégia para organizar serviços no início do Império. Em 1828, seis anos depois da Independência do Brasil (1822), o cargo de Provedor-Mor da Saúde foi extinto e as Câmaras Municipais receberam a responsabilidade de fixar as normas sanitárias, fiscalizar o exercício da medicina e o comércio de medicamentos.

Esses movimentos avançaram e retrocederam durante a história da saúde no Brasil. O primeiro exemplo de retrocesso ocorre em 1849, quando a descentralização dos serviços de saúde foi cancelada. Subordinada ao Ministério dos Negócios do Império, foi criada a Junta Central de Higiene Pública para coordenar as Juntas Municipais de Higiene Pública.⁶ No início da República (proclamada em 1889), os estados receberam a responsabilidade pelas ações sanitárias terrestres, preservando-se a polícia sanitária marítima como atribuição federal.

com os olhos voltados para o mar

Durante o período colonial e também durante todo o Império, as chamadas ações de Vigilância Sanitária foram dirigidas, na prática e na lei, principalmente aos portos e às cidades portuárias. Isso é geralmente explicado por fatores políticos e econômicos: a administração sediada no litoral, a movimentação de navios para o transporte de africanos para o Brasil (desde 1550 até 1855), a chegada de emigrantes europeus a partir de 1860 e a economia baseada na exportação agrícola (cana-de-açúcar e café).

chegam a ciência e os cientistas

À Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1897, foi determinada a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, os estudos sobre as doenças contagiosas, a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e o auxílio aos estados, em casos específicos. Na década de 1890, a criação de institutos de pesquisas reforçou a luta contra as doenças contagiosas no Brasil.

A notificação compulsória (comunicação obrigatória) de doenças contagiosas foi estabelecida em 1902: “os médicos e os profissionais da assistência médica ficam obrigados a informar ao poder público (ao órgão responsável) todo caso suspeito ou confirmado de doença transmissível.”

Entre 1903 e 1909, em razão do impacto causado pela epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro e dentro de um programa de saneamento urbano do Rio de Janeiro, sob a direção de Oswaldo Cruz, o governo federal expandiu sua atuação e seu poder de regulação das atividades relacionadas à saúde da população. A Diretoria Geral de Saúde Pública passou a cuidar dos serviços de higiene, da polícia sanitária, da profilaxia (prevenção) geral e específica das doenças infecciosas e das atividades de higiene domiciliar no Distrito Federal.¹²

O Regulamento dos Serviços Sanitários, aprovado em 1904, previa a elaboração de um Código Sanitário Federal, além da instituição do Juízo dos Feitos de Saúde Pública (um órgão para analisar e julgar crimes e contravenções de saúde pública) e a cobrança de taxas e multas sanitárias.

O governo Epitácio Pessoa (1919-1922) promoveu ampla reformulação dos serviços e editou, em 1923, o Regulamento Sanitário Federal. Esse Regulamento, que colocou normas para uma longa lista de assuntos referentes à saúde pública e orientou as atividades sanitárias no país durante décadas¹², emprega a expressão Vigilância Sanitária indistintamente para o controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis e de estabelecimentos e locais.

ampliam-se as organizações e as leis

No período entre 1930-1945, governo Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (1930). O Serviço de Saúde dos Portos passou a seguir recomendações de acordos sanitários internacionais e a legislação adaptou as normas do Regulamento Sanitário Federal (1923) à nascente industrialização e ao crescimento da urbanização do país. Em 1931, por decreto, foi reforçado o caráter criminoso da oferta, venda e exposição ao consumo público de gêneros alimentícios fraudados. Também por decreto, em 1932, foram determinadas a regulamentação e a fiscalização do exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira. O controle dos entorpecentes (1936) e a publicidade dos produtos farmacêuticos e dos profissionais de saúde (1942) também foram regulamentados.⁵

Na década de 1940, o governo redefiniu as atribuições de saúde pública, valorizando a proteção à maternidade e à infância e o combate às endemias rurais. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNMF) e, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

industrialização exige mais normas e melhores serviços

No período democrático, entre o fim da ditadura de Getúlio Vargas (1945) até o golpe militar de 1964, foram criadas estruturas e normas importantes para que a Vigilância Sanitária pudesse acompanhar a expansão industrial e o empenho governamental pelo desenvolvimento econômico do país. 8

Em 1950, a Lei n.º 1283 tornou obrigatória a fiscalização prévia, sob o ponto de vista industrial e sanitário, de todos os produtos de origem animal, com o controle das ações a cargo do Ministério da Agricultura. Conflitos de competência entre os Ministérios da Saúde e o da Agricultura, originados nessa lei, estarão presentes nos serviços de Vigilância Sanitária por décadas. O Ministério da Saúde, criado em 1953, instalou em 1954 o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos (LCCDM). Apenas em 1961, esse Laboratório estendeu a sua atuação à análise e ao registro de produtos alimentícios com a denominação de Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA). Editado nos últimos dias do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), o Código Nacional de Saúde (denominação dada à regulamentação da Lei 2.312/54 pelo Decreto 49.794/61) dotou o Ministério da Saúde de amplo poder para estabelecer padrões básicos (análise, licença, autorização, registro, fiscalização, inspeção) para orientação dos problemas referentes ao controle sanitário dos alimentos (produção, distribuição, comércio, propaganda).

Em 1963, governo João Goulart, foram definidas, por decreto, normas técnicas para orientação, organização e funcionamento e fiscalização de hospitais e clínicas. Ainda nesse ano, portarias normatizaram a produção e venda de cosméticos e produtos de higiene e a comercialização de produtos químico-farmacêuticos. 5

detalhamento legal durante o regime militar (1964-1985)

No final do governo Castelo Branco (1964-1967), o decreto-lei que estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa destacava a Vigilância Sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos e o controle de drogas, medicamentos e alimentos, entre as competências do Ministério da Saúde.

Nessa época, no Decreto 57.632 de 1966, que “baixa normas técnicas especiais para a defesa sanitária do País, nas atividades que dizem respeito à Saúde Internacional”, vigilância sanitária é resumida como “a fiscalização dos contatos com a finalidade de diagnosticar precocemente uma doença transmissível”, uma definição clara de vigilância epidemiológica, e aparece enumerada entre várias “medidas sanitárias”, isto é, ações pertencentes ao amplo campo de serviços hoje entendidos como de Vigilância Sanitária (controle sanitário, inspeção sanitária, fiscalização, passe sanitário, licenciamento).

Em 1969, durante a ocupação do poder pela Junta Militar, o Decreto-Lei 986 instituiu normas básicas sobre alimentos, que continuam vigentes. Em 1970, governo Médici (1969-1974), na reorganização do Ministério da Saúde foi criada a Secretaria de Saúde Pública, incumbida de coordenar e administrar, entre outras competências, as atividades de organização e fiscalização sanitárias, assim estruturadas:

- Divisão de Organização Sanitária
Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos. Comissão Nacional de Alimentação

- Divisão Nacional de Fiscalização
Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF). Serviço de Saúde dos Portos

(SSP). Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA). Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (Cofen). Comissão Nacional de Hemoterapia

O controle de alimentos, que desde a década de 1960 seguia recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), foi revigorado por novas determinações da legislação do país na década de 1970.⁵ Em 1976, governo Geisel, a Lei 6.360, conhecida como a Lei de Vigilância Sanitária, instituiu procedimentos, fixou normas sobre o controle sanitário da produção, armazenagem, transporte e venda de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos; equipamentos usados em medicina e odontologia; produtos de higiene e cosméticos e dos saneantes domissanitários (inseticidas, raticidas, desinfetantes, detergentes). No entanto, essa lei não concedeu ao termo Vigilância Sanitária a definição compatível com sua abrangência, ficando restrito à noção de “controle sanitário”, além de não tratar da fiscalização dos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde.⁵

Ainda em 1976, a partir de mais uma reorganização administrativa do Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e o Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA), transferido para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), transformando-se, em 1981, no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS).

As infrações à legislação sanitária federal e as respectivas sanções foram detalhadas em 1977, com a Lei nº 6.437 passando a orientar os procedimentos administrativos na área da Vigilância Sanitária.

direitos de “nações cultas e civilizadas”

A partir de 1985, com o fim da ditadura militar, a sociedade brasileira busca por direitos já consolidados em outras partes do mundo. Constitui-se a base legal dos direitos do consumidor, entre eles a proteção à saúde e o acompanhamento das práticas do fornecedor de produtos para o consumo (produtor, distribuidor, comerciante). A importância da atuação da Vigilância Sanitária firma-se perante a comunidade, praticamente em todo o país, com novas idéias e práticas propostas no plano federal e estendidas aos estados.⁵ Esse momento ficou registrado na história da Vigilância Sanitária com a realização do “Encontro de Goiânia”, em 1985, promovido pelos serviços de Vigilância Sanitária de vários estados do país. Foram discutidos novos rumos e apresentadas propostas para a reformulação da Política Nacional de Vigilância Sanitária com a criação de um sistema e a reorganização dos serviços. Em novembro do mesmo ano, o I Seminário Nacional de Vigilância Sanitária gerou orientações políticas e técnicas, que contribuiriam para as futuras diretrizes do movimento de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e incluiu a Vigilância Sanitária nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. Entre as deliberações do Seminário de 1985 ressaltam-se o reconhecimento de particularidades das ações de Vigilância Sanitária nos diferentes estados, a proposta de descentralização de serviços, a revisão da legislação então existente e a divulgação das ações para os consumidores e a população em geral.⁴

Em 1988, a nova Constituição traz uma grande mudança para saúde pública, a partir do reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o que fortalece o papel da Vigilância Sanitária na proteção da saúde de todos os brasileiros.

No governo José Sarney (1985-1989) foi criado o Conselho

Nacional de Defesa do Consumidor e foram definidas as condições legais para punir os danos causados ao meio ambiente e ao consumidor. Em razão do interesse comum entre as áreas e do reforço legal às ações de prevenção à saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária promoveu, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, paralelamente à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Esses dois eventos proporcionaram um campo fértil ao debate e divulgaram a importância da Vigilância Sanitária e as suas dificuldades para cumprir a missão de proteger a população. Nesse período, fatos marcantes confirmaram os limites e esforços dos serviços de Vigilância Sanitária, seja pela insuficiência de conhecimento tecnológico, desarticulação entre áreas afins, submissão às pressões políticas ou confronto com setores de governo.

O diagnóstico de morte por infecção hospitalar do Presidente Tancredo Neves (1984) pôs em dúvida a qualidade da prestação de serviços hospitalares e a falta de monitoramento dos serviços prestadores de atenção à saúde por parte dos serviços de vigilância das três esferas de governo (União, estados e municípios).

A importação de produtos de origem animal de regiões próximas às áreas contaminadas por material radioativo, pela implosão da usina Nuclear de Chernobyl na Ucrânia, em 1986, mobilizou a sociedade contra as medidas de abastecimento alimentar do governo brasileiro. A tragédia de Goiânia em 1987 expôs a fragilidade da Vigilância Sanitária: um aparelho de radioterapia abandonado, que continha uma fonte de césio 137, expôs à radiação centenas de pessoas e determinou a morte de quatro delas. Ainda em 1987, infrações cometidas pelas indústrias de alimentos, na fabricação de sucos e gelatinas, foram divulgadas pelos profissionais da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Logo a seguir, a equipe da SNVS foi afastada. Tornou-se público o conflito de interesses entre os conceitos de uma Vigilância Sanitária que defende a proteção da saúde da população e daquela que atende prioritariamente aos interesses do setor de produção.

municipalização: a vigilância sanitária cresce e se multiplica

No início da década de 1990, o governo Fernando Collor (1990-1992), ao impor o Projeto Inovar, que privilegiou os pedidos dos produtores, desconsiderando a necessidade de análises técnicas inerentes ao trabalho da Vigilância Sanitária, forçou a liberação indevida de uma grande quantidade de produtos, principalmente medicamentos. Apesar dessas práticas, da extinção de órgãos e das desregulações efetuadas de maneira desordenada, a percepção da importância da Vigilância Sanitária, em toda a sociedade, ampliava-se positivamente. O Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) e o Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90, a Lei Orgânica da Saúde) foram aprovados nesse período.

A Constituição de 1988, ao adotar a descentralização dos serviços públicos de saúde, apontara um longo caminho de mudanças que levaria à “municipalização” dos serviços, expressão adotada para o conjunto de atividades transferidas para gerenciamento e execução pelos municípios. O termo descentralização pode ser definido como um movimento de desconcentração de atividades político-administrativas, com distribuição de responsabilidades segundo as diferenças dos três níveis de governo; com o compromisso entre os níveis de inter-relação e execução de suas responsabilidades, cabendo “a coordenação e as normas gerais do sistema à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social”

A Vigilância Sanitária e os demais serviços de saúde foram descentralizados e municipalizados a partir da Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

definição de competências e de bases para a descentralização

Em 1993, no governo Itamar Franco (1992-1994), os ministérios foram reorganizados. Na reestruturação, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária passou a denominar-se Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS). O governo atuou por uma regulamentação mais flexível, pela diminuição da estrutura do Estado e pela descentralização. Maior responsabilidade foi atribuída à iniciativa privada pela qualidade de serviços e produtos. O Ministério da Saúde divulgou diretrizes e regulamentos para a prática da Vigilância Sanitária de Alimentos (Portaria 1.428/93), instituindo a necessidade de trabalhar com a análise de pontos críticos no processo de produção, comercialização e consumo, contando sempre com a atividade do responsável técnico pelo estabelecimento.

Iniciativas desastrosas do período denotavam a fragilidade da Vigilância Sanitária, como a redução do quadro de profissionais da SVS, a contratação de empresas privadas para assessoria técnica, a falta de atenção aos apelos dos técnicos e de instituições de renome e a desautorização oficial para a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.⁹ Denúncias de fraudes contra a saúde pública pontuam o período. A SVS vive, sob gerenciamento de diferentes secretários, contínuos conflitos, principalmente com a indústria farmacêutica. Medidas drásticas, como a convocação de técnicos das Forças Armadas para atuarem no setor de registros de produtos, são adotadas. Nesse clima de insatisfação entre governo, servidores das vigilâncias da SVS e dos estados e a indústria, no final do governo Itamar Franco é editada a Portaria MS/GM 1.565/94, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com o estabelecimento das competências da União, dos estados e dos municípios e das bases para a descentralização de ações e serviços.

Já no governo Fernando Henrique (1995-2002), dada a continuidade das denúncias de falsificação de medicamentos, comprovadas pelas investigações dos casos de gravidez decorrentes das “pílulas de farinha” e de óbitos por câncer de próstata devido a medicamentos falsificados, todas as vigilâncias do país dão prioridade às investigações de farmácias e distribuidoras.⁴ A falsificação (corrupção, adulteração ou alteração) de substâncias ou produtos de interesse da saúde é definida como crime contra a saúde pública e classificada como delito hediondo pela Lei 9.677, sancionada em 1998.

A Lei 8080/90, no artigo 6º, conceitua a Vigilância Sanitária como “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 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 o controle da prestação de serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde”.

O que são bens de consumo relacionados diretamente à saúde?

São denominações referentes, principalmente, aos alimentos, medicamentos, produtos de higiene, estética e limpeza (estes últimos também chamados de domissanitários).

O que são bens de consumo relacionados indiretamente à saúde?

São quaisquer outros bens ou produtos que possam ocasionar risco à saúde da população. Por exemplo: uma tinta usada no revestimento de um móvel, de um brinquedo ou das paredes de sua casa. Se esse procedimento determinar agravos à saúde, é responsabilidade da Vigilância Sanitária identificar a origem do problema e adotar medidas de proteção.

O que são serviços relacionados diretamente ou de interesse à saúde?

Trata-se de qualquer serviço ligado ao atendimento ao cidadão, das simples consultas ambulatoriais aos mais complexos exames realizados por equipamentos ou intervenções terapêuticas. Procedimentos decorrentes de atendimentos odontológicos, fisioterapêuticos ou qualquer outro serviço de atenção à saúde que possa ocasionar danos a pacientes e usuários.

O que são serviços relacionados indiretamente à saúde?

São os serviços, como os de cuidados de estética, bronzamento artificial ou manicure, que podem ocasionar risco.

A partir de 1994, a descentralização das ações de Vigilância Sanitária, iniciada na década de 1980 com a participação dos serviços dos estados e das grandes cidades, alcança os municípios em praticamente todas as regiões do país. Além de cumprir as determinações da Lei 8080, a descentralização dificultaria o lobby das indústrias e facilitaria as investigações de fraudes de produtos.⁹

Na construção do sistema de Vigilância Sanitária, como de todo o SUS, com as diferenças regionais observadas a partir da forma de gerenciamento local, inicia-se em 1996 a fase de regulamentação das Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOBs). Cada instância

quem financia as ações de vigilância sanitária?

A partir de 2000, novas formas foram adotadas pela Anvisa para o repasse de recursos para estados e municípios, por intermédio de instrumentos administrativos, incentivando a descentralização, municipalização e estruturação dos serviços. No entanto, a competência das Vigilâncias Sanitárias de estados e municípios para gerenciar estes novos recursos foi limitada e vários não conseguiram aplicar os valores recebidos. Esse financiamento tem se aprimorado nos últimos anos, com a substituição do modelo de pagamento de procedimentos simples, chamados de baixa complexidade (Piso de Atenção Básica - PAB/VISA), pelo contrato e pagamento por metas operacionais executadas (Termo de Ajuste de Metas - TAM). Mais recentemente (2003), foi introduzida a forma de repasse de recursos de ações de Vigilância Sanitária a partir de pactuação das atividades (Programação Pactuada Integrada - PPI), um acordo entre as três esferas de governo sobre procedimentos efetuados conforme os riscos enfrentados em cada instância.

valorização da vigilância sanitária

Um movimento pela mudança da forma de organização da Vigilância Sanitária difundia-se pelo Ministério da Saúde desde 1995. No ano seguinte, o projeto "Propostas para a Transformação da Secretaria de Vigilância Sanitária em Autarquia" explicitava as intenções do governo. As relações comerciais externas, principalmente da indústria de alimentos e medicamentos e a implantação do Mercosul aceleravam a necessidade de mudanças.

Em 26 de janeiro de 1999, a Lei nº 9782 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autarquia sob regime especial, ligada ao Ministério da Saúde.

A Anvisa, "um caso raro e ímpar de valorização técnica, social e política no campo da saúde pública no país", ao consolidar as condições conferidas no ato de sua criação (estabilidade de seus dirigentes, independência financeira e autonomia administrativa) está apta a "desenvolver políticas de Estado de caráter mais amplo e permanente, tendo como ideal um ambiente teoricamente mais isento e preservado de interferências e instabilidades políticas"¹².

O primeiro marco de ação da Anvisa foi a regulamentação da Lei 9.787/99 conhecida como Lei dos Genéricos. Após anos de polêmica entre o governo e a indústria, a efetivação da regulamentação representou grande avanço na política de acesso aos medicamentos no país.

desafios e perspectivas para a vigilância sanitária

A responsabilidade por múltiplas ações para a promoção e proteção da saúde exige de cada profissional da Vigilância Sanitária uma grande capacidade de articulação entre diversas áreas do conhecimento, instituições públicas e privadas e instâncias de governo. Para atuar nas diferentes áreas de vigilância desde o procedimento mais complexo, por exemplo, o transporte de órgãos humanos para doação, ao mais simples, como a higiene de uma barraca que vende caldo de cana, os serviços de Vigilância Sanitária necessitam de profissionais capacitados e conscientes da importância da qualidade desses serviços de Vigilância Sanitária e da participação da população, exigindo dos governos respostas concretas aos problemas da comunidade.

Ao recapitular as responsabilidades e atribuições da Vigilância Sanitária através dos séculos, vê-se a expansão das suas áreas de atuação, que agora englobam controle de alimentos, água e bebidas para consumo humano; medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse da saúde; controle de serviços de assistência à saúde; produção, transporte, guarda e utilização de sangue e hemoderivados e de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos. Tudo isso somado à primeira atribuição de sua história: a vigilância de portos, ampliada para os aeroportos e fronteiras.

Nos estados e municípios, a atuação da Vigilância Sanitária abrange ainda os ambientes de trabalho urbanos ou rurais, a qualidade dos serviços de saneamento básico e ambiental para prevenção de acidentes, intoxicações, infecções determinadas por vetores. Algumas dessas situações são enfrentadas de formas diferentes pelos estados e municípios. É comum identificar pequenos municípios onde a Vigilância Sanitária é a responsável pelo monitoramento de todos os serviços. Nos grandes centros urbanos, a organização se estrutura

sob a responsabilidade de equipes especiais, como os Serviços de Vigilância Epidemiológica, Atenção à Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses ou o Serviço de Vigilância Ambiental. Quando esses setores, gerenciados separadamente, mantêm comunicação direta e realizam ações integradas, os resultados são excelentes. As experiências desastrosas no controle de dengue têm sido o preço pago pela população quando não há integração entre os serviços

Como se vê, no Brasil do século XXI, a Vigilância Sanitária é formada por uma ampla rede de serviços, com atribuições diferenciadas para estados e municípios. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) coordena o Sistema, mantendo ligações permanentes com diferentes órgãos, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, os Centros de Vigilância Sanitária dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade, a Fundação Oswaldo Cruz e a representação do controle social, por meio dos Conselhos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. À Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como está definido nas bases de seu Plano Diretor, cabe também promover “o envolvimento de outros setores comprometidos com a produção da saúde, estabelecendo parcerias com o Ministério Público, Ministério da Educação, Procon, Ordem dos Advogados do Brasil, Poderes Legislativo e Judiciário, conselhos profissionais e organizações não-governamentais, entre outras instituições, para o desenvolvimento de ações voltadas a informar e garantir os direitos à saúde de toda a população”.

glossário

Análise fiscal - “Análise efetuada sobre os produtos submetidos ao regime de Vigilância Sanitária, em caráter de rotina, para apuração de infração ou verificação de ocorrência de desvio quanto à qualidade, segurança e eficácia dos produtos ou matérias-primas.” (Anvisa)

Análise fiscal de alimentos - “A efetuada sobre o alimento apreendido pela autoridade fiscalizadora competente e que servirá para verificar a sua conformidade com os dispositivos legais.” (Anvisa)

Análise prévia - “A análise efetuada em determinados produtos sob o regime de Vigilância Sanitária, a fim de verificar se os mesmos podem ser objeto de registro.” (79.094/77)

Análise de controle - “A efetuada em produtos sob o regime de Vigilância

Sanitária, após sua entrega ao consumo e destinada a comprovar a conformidade do produto com a fórmula que deu origem ao registro.” (Anvisa)

Boticário - Preparador e vendedor de medicamentos na botica (farmácia).

Charlatão - Pessoa que exerce a medicina ilegalmente.

Controle sanitário - o conjunto de ações que englobam “elaboração de normas oficiais, orientação educativa, fiscalização e aplicação de medidas de proteção à saúde da população”.

Fiscalização - “Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades da cadeia produtiva, de distribuição e de comercialização, incluindo a importação, de

forma a assegurar a saúde do consumidor.” (Anvisa)

Físico - No português antigo: médico, aquele que estava habilitado a exercer a medicina.

Infração - Ato de desobedecer a uma lei.

Inspeção sanitária - “Consiste na investigação no local da existência ou não de fatores de risco sanitário, que poderão produzir agravo à saúde individual ou coletiva e/ou ao meio ambiente, incluindo a verificação de documentos.” (Anvisa)

Licença - “Documento pelo qual a autoridade sanitária autoriza o requerente a executar determinada prática sob condições estabelecidas em leis, regulamentos e as especificadas na mesma licença.” (Anvisa)

Licenciamento - “Operação administrativa de autorização para execução de uma prática, onde a entidade responsável pela mesma comprova e se submete a avaliação dos requisitos estabelecidos pela Autoridade Sanitária.” (Anvisa)

Passe sanitário - Documento expedido pela

inspeção sanitária das embarcações “se forem satisfatórias as condições sanitárias verificadas”. A apresentação do Passe Sanitário é necessária para liberação da embarcação pela Capitania dos Portos. (Decreto n.º 57.632/66)

Registro de produto - “Ato privativo do órgão ou da entidade competente do Ministério da Saúde, após avaliação e despacho concessivo de seu dirigente, destinado a comprovar o direito de fabricação e de importação de produto submetido ao regime da Lei no 6.360, de 1976, com a indicação do nome, do fabricante, da procedência, da finalidade e dos outros elementos que o caracterizem.” (Anvisa)

Sanção - Pena com que se tenta garantir a execução de uma lei.

Vigilância epidemiológica - conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

referências bibliográficas

1. ANVISA. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: Relatório Final. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001.
2. ANVISA. Resumo Executivo do Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no Âmbito da Comissão Intergestores Tripartite Reunião Ordinária, 2004. Disponível em URL: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/tripartite/resumo/081204.htm> [10/11/2005]
3. BRASIL. **Colecção das Leis do Brasil de 1810**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis_Historicas/alvara22011810-2.htm [11/11/2005]
4. BUENO E. À sua Saúde - **A Vigilância Sanitária na História do Brasil**. Brasília: Editora Anvisa, 2005.
5. COSTA, E.A. ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: **Fundamentos de Vigilância Sanitária**. ROZENFELD S. (Org.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
6. COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário. Origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

7. CUNHA, M.C.M. FREITAS, R.M. Apontamentos para a discussão da Vigilância Sanitária no modelo de vigilância à Saúde. In: **Vigilância Sanitária - Caderno de Saúde 4**. CAMPOS, F.E. WERNECK, G.A.F. TONON, L.M. (Orgs.). Belo Horizonte: Coopmed, p.29, 2001.
8. EDUARDO, M.B.P. **Vigilância Sanitária**. Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP/Banco Itaú, 1998.
9. LUCHESE, G. **Globalização e Regulação Sanitária. Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. [Tese de doutorado.] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), 2001.
10. MACHADO, R. LOUREIRO, A. LUZ, R. MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
11. NORONHA, A.B. **Simbravisa: o saber e o fazer na proteção da vida**. Rev Radis 7:2003.
12. PIOVESAN, M.F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. [Dissertação de mestrado.] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), 2002.
13. SANTOS, L.G. **Memórias para servir à história do reino do Brasil**. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1981.

comunicação em saúde: aspectos relevantes para a vigilância sanitária

Ana Beatriz Marinho de Noronha

O verbo comunicar vem do latim, *communicare*, e quer dizer, entre muitas outras coisas, tornar comum, partilhar, repartir, associar, trocar opiniões, conferenciar.

A palavra **comunicação**, por sua vez, representa:

1. ato ou efeito de comunicar (-se);
2. conjunto de conhecimentos (lingüísticos, psicológicos, antropológicos, sociológicos, filosóficos, cibernéticos etc.) relativos aos processos da comunicação;
3. disciplina que envolve esse conjunto de conhecimentos e as técnicas adequadas à sua manipulação eficaz;
4. atividade profissional voltada para a utilização desses conhecimentos e técnicas através de diversos meios (impressos, audiovisuais, eletrônicos etc.), ou para a pesquisa e o ensino desses processos. Nesse sentido, a comunicação abrange diferentes especializações.

Como podemos perceber, a primeira definição refere-se a algo que todos fazemos em nossas vidas. Todos nos comunicamos, de alguma forma, quase que o tempo todo. As outras definições se referem a um conjunto de alguns conhecimentos específicos, à aquisição desses conhecimentos e ao seu uso profissional.

Dessa forma, entender o que é comunicação e aprender algumas coisas sobre esse processo é importante tanto para melhorar a nossa comunicação pessoal quanto para aumentar nossa capacidade de compreender melhor as práticas de comunicação às quais somos submetidos constante e incessantemente.

A primeira coisa que precisamos aprender é como ocorre o fluxo da informação num processo comunicativo. E vamos começar da maneira mais simples, entendendo os elementos básicos envolvidos na comunicação (Figura 1).

os elementos da comunicação - o que saber para se comunicar melhor?

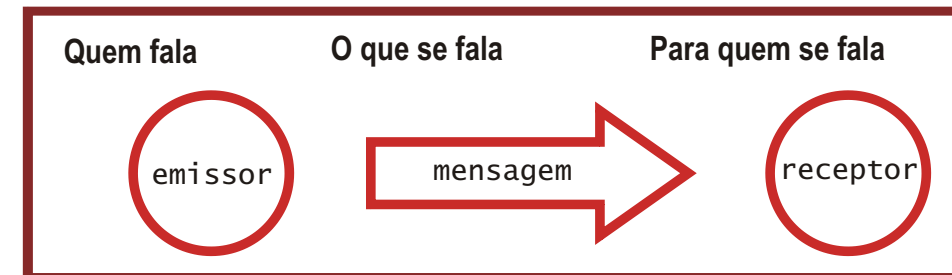


Figura 1 Modelo Básico de Comunicação (Teoria Matemática da Informação)

De acordo com a figura 1, temos:

Emissor: um dos protagonistas do ato da comunicação: aquele que, num dado momento, emite uma mensagem para um (ou mais de um) receptor ou destinatário.

Receptor: um dos protagonistas do ato da comunicação: aquele a quem se dirige a mensagem; aquele que recebe a informação e a decodifica.

Mensagem: num sentido mais amplo, mensagem é sinônimo de conteúdo, de informação: aquilo que é dito num discurso, num texto; é aquilo que passa de significativo no ato da comunicação.

Mas... Que tal complicar um pouquinho?

Vamos pensar um pouco sobre as duas placas da figura 2:



Figura 2: O código

Houve comunicação na primeira placa? Você consegue entender a mensagem (informação) transmitida? Quando muito, podemos supor que se trata de um alerta, de um aviso importante, mas não sabemos exatamente o quê.

Houve comunicação na segunda placa? Alguém consegue entender a mensagem (informação) transmitida? Certamente. Todos conseguem compreender que é “proibido fumar”.

Por que isso aconteceu? O que mudou entre uma placa e outra?

A diferença entre essas placas está no **código** utilizado. Se o emissor usa um **código** que o receptor não entende, não há comunicação. Nesse caso, a primeira, escrita em alemão, usou um código que a grande maioria dos brasileiros não conhece. A segunda placa, por sua vez, usou um código bastante conhecido por todos. Logo, podemos considerar:

Código: conjunto finito de signos, relacionados de tal modo que estejam aptos para a formação e recepção de mensagens (língua, símbolos). O alfabeto é o conjunto finito de signos (as letras) que formam as palavras da língua portuguesa.

A linguagem de sinais, usada pelos deficientes auditivos, o conjunto de placas de trânsito e a pauta musical são alguns exemplos de códigos que nem todos são capazes de compreender.

Como nem sempre o emissor e o receptor podem estar frente a frente, outro elemento importante da comunicação é o meio (canal) que utilizamos para nos comunicar (Figura 3).



Figura 3: Os meios de comunicação

Canal: meio pelo qual a mensagem, já codificada pelo emissor, atinge o receptor para ser decodificada (interpretada).

O meio (ou canal) que escolhemos para nos comunicar interfere diretamente no código que podemos utilizar. É impossível, por exemplo, usar a linguagem de sinais pelo telefone.

O meio também interfere na linguagem que utilizamos para nos comunicar. O uso de gírias é mais comum no rádio do que no jornal impresso.

Mas será que isso basta?

Vamos observar a figura abaixo e refletir um pouco sobre ela (Figura 4)?

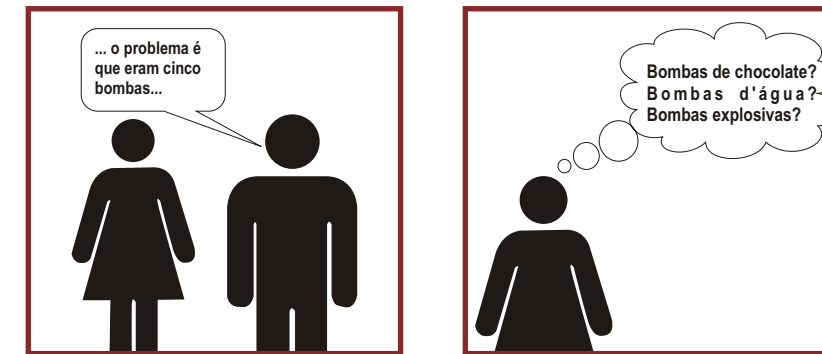


Figura 4: O contexto da comunicação

Por que será que a pessoa não entendeu o que estava sendo comunicado?

Ela não entendeu o que estava sendo dito porque estava fora do **contexto**, ou seja, ela não sabia sobre o que exatamente os outros estavam falando.

Contexto: conjunto de circunstâncias físicas, sociais e psicológicas que envolvem o ato de enunciação. Só o conhecimento do contexto torna possível a interpretação correta dessa enunciação.

Quando emitimos uma mensagem (damos uma informação), devemos contextualizá-la para que ela possa ser compreendida.

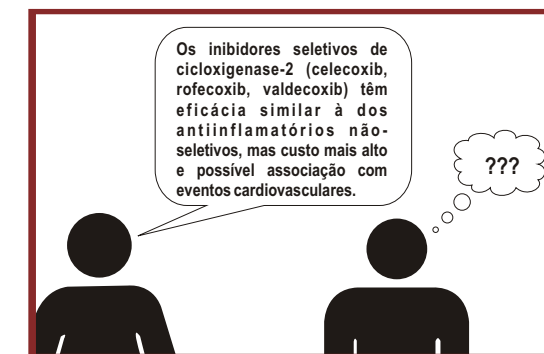


Figura 5 : O repertório

Por que, na situação da Figura 5, não houve comunicação?

Porque o conteúdo da mensagem está fora do **repertório** do receptor. Ele entende o código utilizado (a língua portuguesa), sabe o contexto (ela está falando sobre medicamentos), mas não tem conhecimento algum sobre o tema. Nosso **repertório** é formado pelo nosso conhecimento formal (aquele que aprendemos na escola, por exemplo) e pelo conhecimento que adquirimos pela nossa experiência de vida.

Repertório: conjunto dos elementos que possuem significação para o usuário de um sistema de comunicação.

Agora, vamos pensar no que aconteceria se uma letra muito pequena (menor do que a usada nas bulas de medicamentos) fosse utilizada para escrever uma parte desse texto ou que o celular esteja falhando durante uma conversa ou que as páginas do jornal estejam borradas. Haverá comunicação? Por quê?

Certamente, a comunicação ficará bastante prejudicada ou, na pior das hipóteses, nem haverá, pois estará havendo **ruído**.

Ruído: todo sinal considerado indesejável na transmissão de uma mensagem por um canal. Tudo o que dificulta a comunicação, interfere na transmissão e perturba a recepção ou a compreensão da mensagem.

Pronto! Agora já podemos acrescentar mais alguns elementos ao modelo básico de comunicação que vimos na Figura 1 e construir a Figura 6.

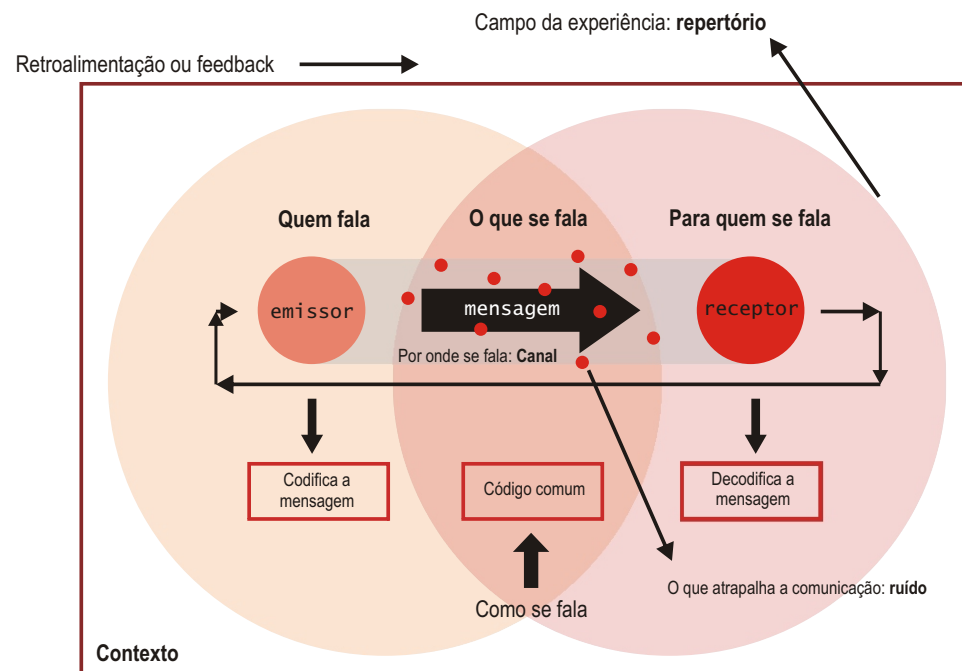


Figura 6: Elementos da comunicação

Olhando com atenção esse esquema, podemos nos dar conta de quantos elementos envolvem o processo comunicativo e os cuidados que devemos ter quando nos comunicamos no nosso dia-a-dia, seja em casa, seja no trabalho. Será que estamos usando um código apropriado? Será que nosso interlocutor está entendendo o que estamos falando? Que ruídos podemos tentar eliminar para facilitar a comunicação? Será que podemos utilizar um meio mais apropriado para nos comunicarmos com a população?

Um dos elementos que nos permite dizer se estamos sendo compreendidos ou não são as mensagens que o receptor nos envia de volta, tanto pela fala quanto pela expressão facial, por exemplo. Por essa razão, quando estamos explicando algo a alguém, devemos estar atentos à sua expressão e aos seus gestos. Essa mensagem de volta, que chamamos de **feedback** (o termo em inglês para retroalimentação), é fundamental para que o emissor possa ajustar a mensagem às necessidades do receptor.

Feedback ou retroalimentação: na comunicação interpessoal, feedback são as informações que o receptor passa para o emissor após o recebimento da mensagem. Essas informações são úteis para que o emissor perceba se sua mensagem foi compreendida e para que ele modifique sua estratégia de comunicação, caso seja necessário. Num jornal impresso, as cartas dos leitores seriam uma forma de feedback.

Agora que já sabemos tudo isso sobre comunicação não precisamos mais nos preocupar em sermos entendidos. Será que isso é verdade? Que tal dar uma olhada atenta na Figura 7.



Figura 7: Cada sujeito, um sentido!

É fácil perceber que, mesmo fazendo tudo certo e prestando atenção no que estamos falando e em como estamos falando, nunca conseguimos comunicar exatamente o que pensamos, principalmente porque o significado do que é comunicado não está na mensagem em si, mas na mente do receptor e varia muito de acordo com as suas experiências, com a sua história de vida.

Lixo para uns, tesouros para outros

Numa campanha contra a dengue, um panfleto distribuído pelo serviço de saúde dizia algo como: “Jogue fora o lixo que existe na sua casa. Os pneus velhos e as garrafas vazias acumulam água e isso ajuda a proliferar o mosquito transmissor da doença”. Todos que sabiam ler entendiam o que estava escrito no panfleto, mas ainda assim houve um grande problema de comunicação que impediu que as providências desejadas para o controle da dengue fossem executadas pela população local.

O que houve? Bem, tudo aquilo que o panfleto chamava de “lixo” era considerado um verdadeiro tesouro naquela comunidade, cuja maioria das pessoas vivia da venda de sucata. Será que alguém jogaria fora o seu meio de sustento?

como lidar com todas as informações que recebemos diariamente?

Diariamente, recebemos informações de duas fontes principais: quando conversamos com outras pessoas (**comunicação interpessoal**) ou por meio de jornais, revistas, rádio, televisão e outros veículos de **comunicação de massa**.

Comunicação interpessoal (bidirecional): Comunicação de “alguém para alguém”. As pessoas são emissor e receptor ao mesmo tempo. Há *feedback* imediato. Nós sabemos quem é o emissor da mensagem e ele sabe quem somos.

Comunicação de massa (unidirecional): Comunicação feita num só sentido (geralmente do topo para baixo ou de um centro para a periferia), dirigida por uma fonte a um grande público, relativamente numeroso, heterogêneo e anônimo. Não há *feedback* imediato. Muitas vezes, não sabemos quem é o emissor da mensagem e não podemos avaliar suas intenções e seus verdadeiros interesses.

A primeira coisa que devemos ter em mente para lidar bem com as informações que recebemos é lembrar que, como atividade profissional, a comunicação abrange diferentes práticas (jornalismo, publicidade, assessoria de imprensa, *marketing*), e que cada uma dessas 'práticas' tem objetivos e linguagens diferentes e seus próprios princípios.

Será que, numa propaganda de medicamentos, o anunciante dará o mesmo peso às informações favoráveis ao uso do produto e às que se relacionam a aspectos negativos do mesmo? Será que o fabricante usaria o pouco espaço ou tempo que tem para relacionar todas as contra-indicações do produto?

Comunicação de massa

Fonte organizada e complexa (lógica industrial): As empresas de comunicação buscam o lucro, como qualquer outro tipo de empresa. Elas precisam vender a informação que produzem.

Envolvem máquinas de mediação da comunicação (meios), que possibilitam ampla reprodução: É possível, por exemplo, fazer milhares de cópias de um disco, de um filme, de um jornal ou de uma revista.

Capacidade de atingir simultaneamente ampla audiência (membros anônimos, ainda que classificados por segmentos): A transmissão das Olimpíadas chega a atingir mais de 200 milhões de pessoas no mundo todo, ao mesmo tempo.

Comunicação num só sentido (unidirecional): Não há *feedback* imediato. Só o emissor “fala”. O máximo que existe são as cartas de leitores ou coisas do tipo: “Você decide!”.

OBS: Alguns autores acham que, por não ter *feedback*, a chamada comunicação unidirecional não é uma comunicação verdadeira e que, portanto, nem deveria receber esse nome.

As funções da Comunicação de Massa

Segundo os estudiosos de Comunicação, os meios de comunicação de massa (MCM) têm várias funções. Para Charles Wright, por exemplo, cabe a eles perceber o que está acontecendo, interpretar os fatos e orientar as pessoas, mas também transmitir cultura e entretenimento. Para outros, eles servem para

informar, ensinar e reforçar normas sociais, estabelecendo uma moral comum. No entanto, alguns acreditam que os MCM criam uma falsa ilusão de participação social nas pessoas, ou seja, por meio dos MCM, elas conhecem todos os problemas da realidade, mas não atuam para resolvê-los.

Por tudo isso, os MCM recebem, ao mesmo tempo, muitas críticas e muitos elogios, como podemos ver a seguir.

Críticas

- Como precisam atingir públicos distintos, os MCM tratam os assuntos de forma superficial e não estimulam a reflexão, levando as pessoas a terem uma visão passiva e acrítica do mundo.
- Acabam com a consciência histórica das pessoas e das sociedades porque transmitem principalmente informações centradas no presente.
- Difundem a cultura gerada num centro produtor, destruindo as culturas locais, consideradas menos importantes. Um exemplo disso são as novelas, que acabam difundindo por todo o Brasil os costumes e a cultura do eixo Rio - São Paulo, influenciando até mesmo o sotaque de pessoas de outras regiões do país. Outro exemplo muito claro é o uso de termos de língua inglesa que chegam até nós por meio da indústria cultural.
- Dão ao público somente o que ele quer ou tentam manipular a vontade das pessoas para que elas desejem o que os meios querem divulgar.

manipulando vontades e desejos

Vamos imaginar que a gravadora de um conglomerado de comunicação contrate uma cantora ainda não muito famosa. A partir daí, todas as revistas e todos os canais de TV e rádio daquele conglomerado passarão a falar dessa cantora e mostrar sua imagem quase que diariamente. Ou seja, o público que nunca havia ouvido falar da cantora rapidamente gostará de ver e ouvir tudo que diz respeito a ela, que ficará famosa, fará mais apresentações pelo país, venderá mais discos e, certamente, dará mais lucro para a gravadora.

Elogios:

- São um instrumento democrático, característico da sociedade industrial (nas sociedades anteriores poucos tinham acesso às informações). São agentes libertadores do homem, pois ampliam os conhecimentos, dando às pessoas maiores oportunidades de progredir.
- São revolucionários, pois ultrapassam as barreiras de classe e as distinções sociais, permitindo que ricos e pobres, patrões e empregados recebam as mesmas informações.
- Proporcionam divertimento e levam elementos de cultura, que antes ficavam restritos aos ambientes de elite, para todos: a pintura sai dos museus e chega às pessoas por meio das reproduções de quadros famosos; a música clássica, por meio dos CDs; os textos literários, por meio de livros.
- Tornam possível a formação de identidades nacionais e globais. Isso ocorre quando a população se identifica como parte de um mesmo todo, por exemplo, pelo uso de uma mesma língua, no caso das identidades nacionais, ou pela conservação da natureza, no caso de uma identidade global, em que cada um se sinta responsável pelo destino do planeta.
- Denunciam problemas de corrupção na administração pública, facilitando o controle da sociedade sobre seus dirigentes.

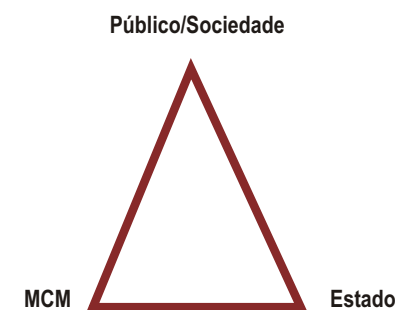
Na área da saúde, por exemplo, isso acontece frequentemente com medicamentos. Uma indústria lança um medicamento novo no mercado. Para divulgá-lo, faz propagandas nas revistas, pagando um bom dinheiro por isso. Como as revistas e jornais dependem de propaganda para sobreviver, quanto mais a indústria vender, mais dinheiro terá para fazer outras propagandas e melhor será para os meios de comunicação. Interessa, portanto, aos meios de comunicação que as pessoas acreditem que devam comprar cada vez mais medicamentos para resolver problemas de saúde que poderiam ser solucionados de outras formas (mudança de alimentação, exercícios físicos etc.).

Como podemos ver, não adianta ser contra ou a favor dos meios de comunicação de massa, uma vez que a existência deles é um fato e a sociedade precisa deles para se organizar. O importante é que os MCM sejam entendidos e tratados dentro de uma **concepção fundada na responsabilidade social**, que permita:

- ampliar as vantagens e potencialidades dos MCM;
- impedir que eles levem à degradação moral e à irresponsabilidade, invadam direitos privados ou contrariem interesses sociais vitais.

Nesse sentido, o importante é fortalecer a sociedade para que ela seja capaz de exercer o controle sobre os meios de comunicação de massa.

No esquema abaixo, teríamos um triângulo formado pelos meios de comunicação, pela sociedade e pelo Estado.



Se a sociedade não exerce seu direito e se omite, a questão passa a ser entre os meios de comunicação e o Estado. Se o Estado ganhar muita força, corremos o risco de ter uma ação autoritária do governo, com imposição de censura e outros instrumentos de controle sobre a informação. Se por outro

lado, o Estado é fraco, corremos o risco de ficar reféns dos empresários de comunicação. O ideal é lutarmos pelo equilíbrio entre esses três atores, cobrando tanto dos MCM quanto do Estado suas responsabilidades sociais.

para reflexão

De que maneira? Desligando a TV, quando achar que a programação tem um nível muito ruim de qualidade ou escrevendo cartas para os jornais e revistas contestando as informações divulgadas, alertando outras pessoas sobre os interesses que os meios têm de divulgar certas informações, ou seja, exercendo cada vez mais os seus direitos de consumidor de informação e de cidadão. Ninguém compra carne estragada no mercado, por que, então, comprar informação "estragada"?

Em resumo

- Seja interpessoal ou de massa (bi ou unidirecional), a comunicação é sempre uma relação de poder. Quanto mais informação eu detenho, mais poder eu tenho. Por essa razão, devemos lutar pela democratização da informação de qualidade, exercendo com o máximo de consciência e de responsabilidade nosso papel de emissor (quando damos informações) e de receptor (quando recebemos informações).
- Por mais objetiva que seja, a comunicação envolve inúmeros fatores subjetivos aos quais devemos estar atentos. No caso da Saúde, de forma geral, e da Vigilância Sanitária, mais especificamente, os valores culturais exercem uma forte influência no comportamento das pessoas e o processo comunicativo representa um grande desafio.
- Nunca devemos aceitar passivamente uma informação. Precisamos aprender a questionar, a buscar outros pontos de vista e a tentar contextualizar a informação, relacionando-a com a realidade que nos cerca.
- Em nossa prática profissional, devemos ter em mente que, muitas vezes, somos a única fonte de informação que uma pessoa tem e, por isso, devemos procurar prestar essa informação da forma mais clara possível, levando em consideração tudo aquilo que aprendemos sobre o código, o meio, os ruídos, o contexto e o repertório. Prestar uma informação errada ou incompleta é como prescrever um medicamento errado. Se não sabemos a informação exata, devemos deixar isso claro para o nosso interlocutor. Ninguém é obrigado a saber tudo.
- Como profissionais da área da saúde, devemos nos perceber como um importante canal de informação entre o sistema e a população e entre a população e o sistema. Somos prestadores, mas também coletores de informações capazes de possibilitar a melhoria dos serviços e das condições de vida das pessoas.
- Como cidadãos, devemos, também em nossa prática profissional, prestar informações que visem à autonomia dos sujeitos e ao aperfeiçoamento de mecanismos de controle social e de participação popular; que visem à saúde individual, mas que também fortaleçam as práticas de saúde coletiva; que aumentem a compreensão de saúde em seu conceito mais amplo, estimulando ações de prevenção e de promoção.
- Não devemos confundir Comunicação com Educação, mas devemos lembrar que essas duas áreas estão intimamente relacionadas. Toda ação comunicativa, ao transmitir informações, pode acabar gerando conhecimentos e, se for feita de forma contínua e com responsabilidade, pode acabar sendo uma grande aliada do processo de educação formal.

um tema para a reflexão: a “verdade” do jornalismo e da ciência

Quando lemos um jornal ou lemos o resultado de uma pesquisa científica, temos sempre a expectativa da 'verdade'. Isso ocorre porque, tal como a ciência, o jornalismo está cercado dos mitos da objetividade, da imparcialidade e da neutralidade.

Por que mitos? Porque nada disso é real. Quando eu escolho a notícia que vou divulgar, as pessoas que vou entrevistar, as palavras que vou usar, eu sempre faço isso de forma **subjetiva**. No caso da ciência, por mais que eu tente ser objetiva, eu sempre vou poder escolher, segundo os meus interesses, a pesquisa que vou fazer e o método que vou usar. Como sujeito, os jornalistas e os cientistas têm suas crenças, seus valores e não é possível se despir de tudo na hora de escrever ou pesquisar.

Por princípio, um jornalista não pode inventar um fato, ou seja, ele deve dizer sempre a verdade porque precisa de credibilidade. Se um jornalista ou um jornal é “pego na mentira”, ele perde a **credibilidade**, seu maior patrimônio. O que devemos lembrar, no entanto, é que a 'verdade' que está nos jornais é apenas uma das muitas 'verdades' possíveis de serem ditas sobre um fato.

Cabe a nós procurar várias fontes (vários emissores) diferentes, confrontar as versões (procurando identificar quem é o emissor da mensagem e quais são seus interesses) e, a partir daí, refletir e tentar construir nosso próprio julgamento de valores. A construção da realidade se dá por meio das versões (quanto mais versões procurarmos, mais próximos estaremos da realidade).

conclusão

Como vimos anteriormente, a informação é um importante instrumento de trabalho para a Saúde e para a Comunicação. Enquanto a área da saúde produz saberes técnicos (informações) fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população, a área da comunicação é capaz de permitir o fluxo adequado dessas informações, para que elas sejam mais acessíveis à sociedade. Por isso, é preciso que os profissionais das duas áreas conheçam melhor o trabalho um do outro e trabalhem em parceria, sempre que possível.

A primeira coisa que devemos lembrar quando lidamos com comunicação em saúde é que a saúde é vivenciada pelas pessoas de forma subjetiva, de acordo com sua visão de mundo. Logo, antes de iniciarmos um processo de comunicação, cujo objetivo seja transmitir informações sobre saúde ou buscar modificar hábitos de vida, devemos nós mesmos nos

informar sobre como as pessoas entendem seus problemas de saúde e como relacionam esses problemas com outras áreas das suas vidas.

O que e por que informar? O exemplo da VISA

O SUS foi criado com um caráter democrático e seu bom funcionamento depende da atuação dos conselhos de saúde e da participação popular. Apenas esse aspecto já aponta para a necessidade de as pessoas estarem bem informadas sobre saúde, a fim de poderem tomar decisões mais qualificadas e de forma consciente.

Mas não é só isso, o sucesso das práticas de promoção da saúde, entre elas as de Vigilância Sanitária, dependem diretamente do acesso que as pessoas têm a informações de qualidade. Isso significa dizer que a promoção da saúde depende diretamente da democratização das informações.

Sem o apoio e a participação da população, os serviços de Vigilância Sanitária não conseguem dar conta de suas ações, pois nunca haverá fiscais e técnicos suficientes para evitar todas as irregularidades. O trabalho da Vigilância Sanitária, portanto, não pode ser feito somente **para** a população, mas **com** a população, que deve se tornar uma parceira atuante no processo. Entretanto, para que essa parceria seja estabelecida, é preciso que as pessoas recebam vários tipos de Informações a respeito da Vigilância Sanitária - o que é, como atua, como funciona, como pode ser acionada etc. - e sobre aspectos importantes que permeiam a área, entre eles o risco advindo do consumo de produtos e serviços sem qualidade.

A forma de as pessoas consumirem é muito influenciada pelos meios de comunicação e pode afetar diretamente sua saúde. O uso indiscriminado de medicamentos, por exemplo, pode ter sérias conseqüências, inclusive a morte. Logo, informações sobre práticas racionais de consumo podem ser muito importantes no âmbito da comunicação em vigilância sanitária.

Além disso, sempre que possível, os serviços de Vigilância Sanitária devem tornar suas ações transparentes, ou seja, devem permitir que o público tome conhecimento do resultado de suas ações. A maior punição para uma empresa que burla as normas e prejudica as pessoas nem sempre é a multa que recebe, mas a publicidade negativa que isso pode representar se a informação chegar à sociedade.

Outra ação importante da comunicação em vigilância sanitária é fazer com que a população conheça e exija seus direitos. As normas e leis só “saem do papel” e ganham a dimensão política de promotoras de cidadania quando se tornam um bem social, isto é, quando são apropriadas pelas pessoas, como ocorreu com o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O mais importante, no entanto, é ter sempre em mente que a parceria com a população e que as ações educativas desenvolvidas com o auxílio da comunicação não devem significar a desresponsabilização do Estado na sua função regulatória e de mediação entre os interesses do mercado e a saúde da população.

Sanitária
vigilância
Sanitária
vigilância
Sanitária
vigilância
Sanitária
vigilância

maurício monken
christovam barcellos

O território
na
vigilância
sanitária

o território na vigilância sanitária

maurício monken¹
christovam barcellos²

o que é e como o território vem sendo usado pela saúde pública

Os setores de governo podem demarcar territórios para fins administrativos, isto é, para organizar o seu trabalho. Esse é o caso da manutenção de telefones, da distribuição de energia ou mesmo dos processos eleitorais. O setor saúde também tem suas divisões territoriais regionais ou locais. No SUS, a organização territorial corresponde aos diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal. Isso significa que, em geral, os limites da atuação dos profissionais de saúde é o próprio território do governo. Por exemplo, os técnicos que trabalham numa secretaria municipal de saúde atuam nos limites do seu município. Para

Figura 1: Brasil: Divisão político - administrativa



Fonte: IBGE
Digitalização: Multispectral
Sistemas e Serviços LTDA

promoverem em alguma ação que transcenda esses limites, é necessário que se articulem com os municípios vizinhos (secretarias municipais de saúde) ou recorram aos níveis estadual (secretaria estadual de saúde) ou federal (Ministério da Saúde).

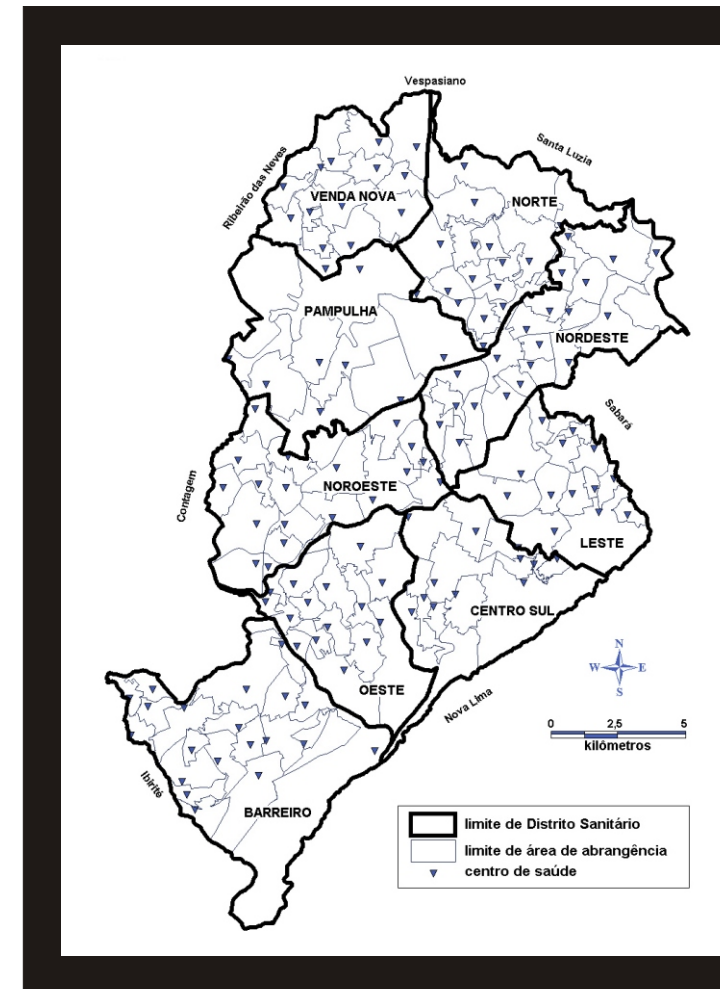


Figura 2: Limites de distritos sanitários e áreas de abrangência de centros de saúde de Belo Horizonte (MG) - 2006

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação
Secretaria Municipal de Saúde de BH
Dados geográficos: Probedel

Mas nem sempre os territórios de atuação da VISA correspondem aos níveis de governo. Em diversos casos, como os distritos sanitários ou as áreas de abrangência de postos de saúde, os territórios são estabelecidos pela prática da saúde pública. Como não depende de leis ou decretos para sua criação, o desenho desses territórios pode mudar de acordo com critérios técnicos, gerenciais e/ou políticos. Mesmo nesse caso, alguns critérios geográficos são seguidos para se estabelecerem os limites desses territórios. Vamos examinar o mapa de distritos sanitários e áreas de abrangência de centros de saúde de Belo Horizonte.

O município de Belo Horizonte é um dos lugares onde começou toda a discussão sobre a organização e territorialização dos serviços de saúde. Em outros municípios, muitas vezes, não existe uma subdivisão de territórios de saúde como os distritos sanitários de Belo Horizonte. Observe que existem nove

1 Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz
2 Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz

distritos sanitários e cada distrito contém diversas áreas de abrangência. Além disso, cada área de abrangência possui (ou contém) apenas um centro de saúde. Isso quer dizer que qualquer evento de saúde importante para a vigilância tem um centro de saúde correspondente. Este desenho de territórios permite a organização do trabalho dentro do município, de modo que os gestores possam planejar ações e a população saiba que recurso de saúde pode e deve usar.

Essa é a definição mais básica e mais utilizada para território: o território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental, e, sobretudo, populacional.

Muitas pessoas comparam o território organizado pela sociedade com os territórios dos animais, como pássaros, cães, gatos etc. Os animais delimitam seus territórios, que são fontes de alimento e abrigo, isto é, permitem a sua sobrevivência e reprodução. É claro que a sociedade humana é bastante mais complexa que o mundo dos animais, mas essa comparação permite entender como o território serve ao mesmo tempo para gerir recursos e reforçar a identidade e unidade do grupo, através do exercício do poder.

Um outro aspecto que está relacionado à distritalização é a delimitação das ações de saúde, como no caso dos territórios do Programa de Saúde da Família, que são de grande importância para a atenção básica e a vigilância em saúde.

A organização da atenção básica é baseada em critérios como espaço territorial, área de abrangência de unidade de saúde, adscrição de clientela, referência e contra-referência. Num primeiro momento, o objetivo é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas, as relações de poder e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. Num segundo momento, essas ações visam criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas de saúde que surgem no território.

Segundo Carmem Unglert (1999), a base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do sistema de saúde. Ela considera que "(...) o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita".

A estratégia de Saúde da Família utiliza recorte territorial, sendo a delimitação de áreas identificadas da seguinte forma:

- território-distrito: como delimitação político-administrativa;
- território-área: delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial;
- território-microárea: delimitada com a lógica da homogeneidade sócioeconômico-sanitária;
- território-moradia: como lugar de residência da família.

Um dos primeiros problemas que devemos enfrentar quando trabalhamos a vigilância sanitária segundo uma lógica territorial é reconhecer esse território: os seus **limites** e os **atores** políticos atuantes. Mas, ao contrário dos animais, as relações de poder não são tão claras e existem diversas pessoas e instituições compartilhando e participando desse poder, muitas vezes de forma conflituosa. Num mesmo bairro, por exemplo, convivem seus moradores, as associações, os setores da prefeitura, as empresas, etc. Cada um desses atores tem seus interesses e formas de representação política e, muitas vezes, esses interesses entram em conflito.

Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder. Essas divisões e subdivisões territoriais são espaços de poder, de

domínio público ou privado, seja ele de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural, ou religioso, entre outros.

Na prática de vigilância sanitária nos defrontamos com diversos problemas que dizem respeito ao território. Em primeiro lugar, como já foi comentado, esse território é a base da organização do nosso trabalho. Essa é a nossa área de atuação. Mas isso também quer dizer que todo o **conteúdo** desse território é de interesse para a vigilância. Cabe aos profissionais de saúde pública levantar as atividades humanas aí existentes. Chamamos isso de **reconhecimento** do território (Monken e Barcellos, 2005), que resulta não somente da listagem das atividades, mas também das relações entre a população, as atividades econômicas e o ambiente.

Num município predominantemente rural com população de 17.000 pessoas, por exemplo, existe uma grande indústria de água mineral, três supermercados, seis açougues, propriedades rurais com produção de milho e soja. Essa é apenas uma lista. Mas o trabalho da vigilância também é de reconhecer a relação entre essas unidades. Quantas pessoas trabalham na indústria e onde moram? A carne vendida nos açougues é produzida no próprio município? O milho é consumido pelos próprios agricultores (subsistência)? A soja é beneficiada antes de ser vendida? Quais matérias-primas são usadas na agricultura e na indústria? Respondendo a essas perguntas, estamos recuperando as **redes** de produção que existem nesse território. É sempre bom lembrar que esse território não é um depósito de objetos (indústria, propriedades rurais, população, etc), mas é formado por redes sociais, culturais e econômicas; precisamos reconhecer essas redes para atuar sobre elas.

Agora, imagine um problema de saúde pública que precisa ser investigado pela vigilância sanitária, como a produção de queijos artesanais num município. O trabalho da VISA, nesse caso, é levantar o problema, visitando os lugares onde este queijo é produzido, comercializado e consumido, reconhecendo a rede de produção e consumo existente.

Num caso como este, é provável que toda a cadeia de produção esteja contida na área de atuação do agente da VISA, isto é, no seu território. Além disso, a pequena

indústria é um lugar de convergência das diferentes matérias-primas, dos trabalhadores e de desenvolvimento de tecnologia. Em geral, também o consumo desses produtos é local. Assim, se houver um problema de contaminação desse produto, é muito mais fácil rastreá-lo e tomar providências.

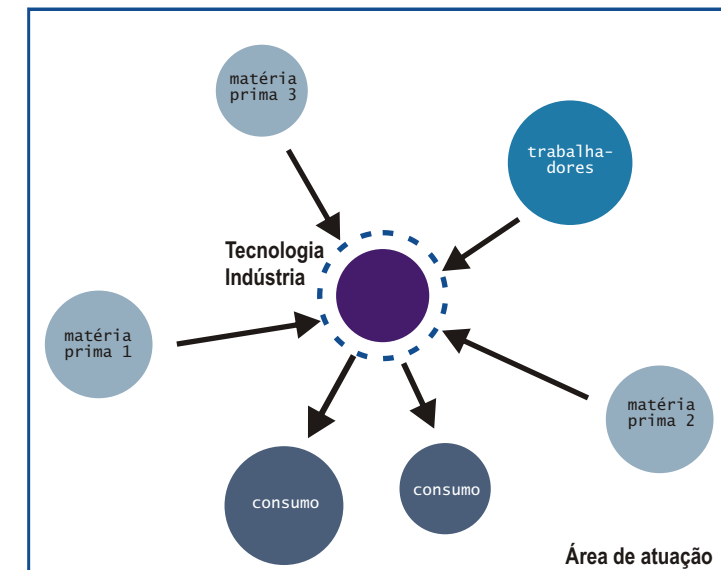


Figura 1: Redes locais de produção

Mas existem outros casos em que a cadeia de produção ultrapassa os limites da área de atuação do profissional de VISA. Por exemplo, uma indústria de medicamentos.

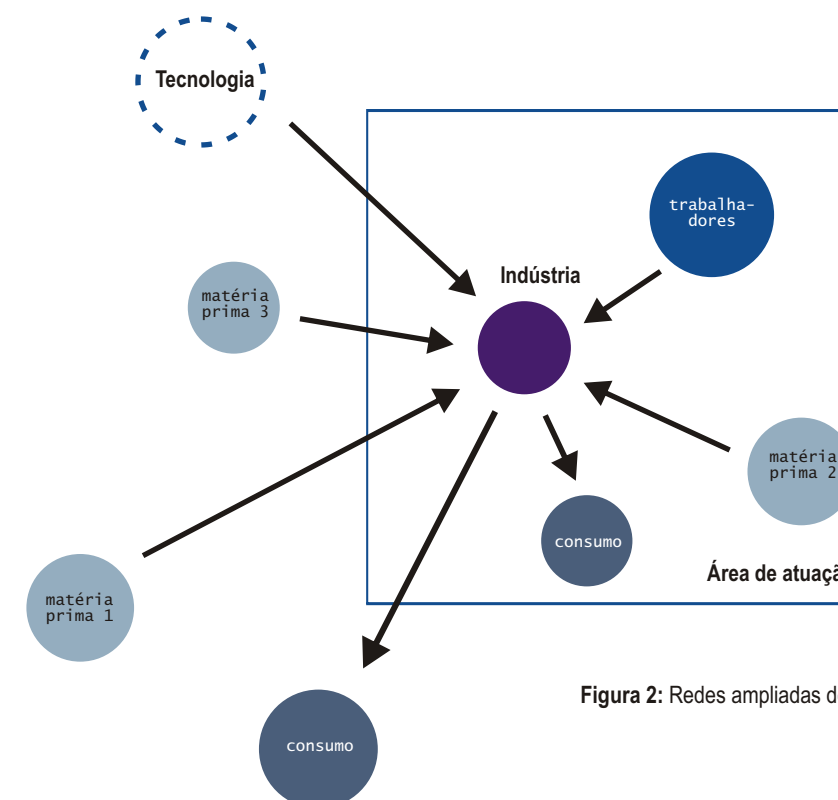


Figura 2: Redes ampliadas de produção

As matérias-primas de medicamentos podem vir de várias partes do Brasil ou do mundo. Os trabalhadores, em geral, são locais. Mas o consumo pode ser feito no local ou em lugares muito distantes do mundo. Além disso, a própria base tecnológica pode ser importada. Por isso, a indústria não é autônoma e depende de desenvolvimento e pesquisa que se faz muito longe da indústria, em outros países e em universidades ou centros de pesquisa. Este caso é bastante comum no trabalho da VISA. Precisamos pensar em como seguir esta trilha que liga a base tecnológica, produção e consumo e que acontece em diferentes pontos do planeta. As articulações técnicas e políticas devem ser muito mais intensas para se trabalhar com esse tipo de problema.

Todos esses lugares, de produção e de consumo, são pontos fixos, podendo ser colocados em um mapa para melhor compreensão dos riscos e vulnerabilidades do sistema. Mas cada um desses pontos está conectado com o outro. Se não fosse assim, não existiria um sistema ou uma cadeia de produção.

A agropecuária também possui uma cadeia de produção e de consumo em que a atuação da vigilância sanitária é de extrema importância. Alguns territórios, principalmente nas zonas rurais, são produtores de alimentos - tanto de produtos agrícolas como de rebanhos - que devem ser armazenados e transportados para os centros consumidores. O cuidado com todo esse processo (produção, armazenagem e consumo) deve ser intensificado, pois podem ocorrer inúmeros problemas de contaminação desses alimentos, acarretando agravos para a saúde.

No transporte de pessoas e de mercadorias, a vigilância sanitária deve estar atenta principalmente para a circulação de produtos em seu território de atuação. Frequentemente, nos territórios, existem empresas (indústrias e serviços) que têm fluxos específicos de mercadorias, de trabalhadores e de consumidores que devem ser controlados. O transporte de produtos tóxicos, por exemplo, deve ser monitorado com rigor porque os acidentes com esse tipo de carga são muito frequentes e perigosos, principalmente em territórios com grandes avenidas e estradas.

Um grande geógrafo brasileiro, Milton Santos, dizia que o espaço geográfico é formado por objetos e ações. Esses objetos são pontos fixos no território, como as casas, as indústrias, as estradas e as florestas. Mas nesses objetos são realizadas atividades humanas de produção ou de moradia, lazer etc. Este cientista dizia também que o objeto se insere num sistema mais amplo, o sistema de objetos. Um aeroporto, uma estação de estrada de ferro, um shopping-center são bons exemplos. Cada objeto é, em si mesmo, um sistema. Um supermercado ou shopping-center seriam incapazes de existir se não fossem servidos por vias rápidas, estacionamentos adequados e acessíveis, sistemas de transporte públicos com horários regulares e, se no seu próprio interior, as atividades não estivessem subordinadas a uma coordenação. Esse é o caso também dos grandes edifícios, tão comuns hoje nas grandes e médias cidades, dos armazéns, dos silos etc. Os portos, a rede rodoviária e ferroviária são exemplos de objetos complexos e sistêmicos onde circulam mercadorias e pessoas e que, portanto, são vitais para a vigilância e o controle de circulação de parasitas responsáveis pela produção de diversas doenças.

Os objetos são mais freqüentados num período do dia. Por isso, às vezes, parece estranho ver um banco que estava tão cheio de manhã, e que fica vazio à noite. Essa é uma regra desse objeto. A mesma coisa acontece com os outros objetos, como um domicílio, um bar, um posto de saúde. Quando falamos em função dos objetos geográficos, estamos falando dos fluxos e das regras existentes. Esses objetos só têm razão de ser se tiverem fluxos, que dão vida a esses objetos. Até mesmo um recipiente com água, que pode ser um criadouro de mosquitos da dengue, só tem importância para nós se tiver um fluxo e estiver inserido no território. Por isso, o trabalho de vigilância não pode se restringir a um só problema, como os recipientes com água parada. É preciso ver essas ações dentro do seu contexto.

reflexão

Como você delimita o seu território de atuação como trabalhador de saúde?

Faça o reconhecimento de seu território, localizando os fixos e fluxos, relacionando as atividades existentes com a situação ambiental e de saúde dos habitantes.

Em resumo, o território tem as seguintes características:

- sempre possui limites que podem ser político-administrativos;
- contém as relações entre seus habitantes;
- é uma construção social em permanente mudança;
- é relativamente homogêneo internamente, com uma identidade, que vai depender da história de sua construção;
- e o mais importante: ele é portador de poder. Nele se constroem e se exercitam os poderes de atuação tanto do governo como de seus habitantes.

a territorialização como o instrumento básico de reconhecimento do território para a atuação da vigilância

A identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes. As vulnerabilidades de saúde têm origem nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos.

A localização no território dos locais onde se produzem mercadorias (pequenas e grandes indústrias) é, sem dúvida, de interesse para a vigilância sanitária, porque ajuda a caracterizar os processos produtivos e seus fluxos no território. Mas também serve para entender o processo de trabalho e proteger a saúde dos trabalhadores no interior desses espaços. Muitas vezes, esses processos constituem-se em risco para a saúde humana. Há o exemplo de fábricas que se utilizam de matérias-primas de natureza tóxica, como as tinturas de roupas ou componentes de eletrodomésticos e até pequenas indústrias que mantêm processos de produção insalubres para a saúde do trabalhador.

A VISA tem como responsabilidade o controle sanitário sobre medicamentos, alimentos e bebidas, saneantes, equipamentos e materiais médico-odonto-hospitalares, hemoterápicos, vacinas, sangue, hemoderivados, órgãos e tecidos humanos, radioisótopos e radiofármacos, tabaco. Além disso, controla serviços de saúde, portos, aeroportos e fronteiras, instalações físicas e equipamentos, tecnologias, ambientes e processos envolvidos em todas as fases de produção desses bens e produtos, além do controle da destinação de seus resíduos, transporte e distribuição.

Todos esses produtos e serviços estão sujeitos à vigilância porque representam risco para a saúde. Com o desenvolvimento tecnológico, eles vêm sendo cada vez mais usados no nosso dia-a-dia. Portanto, esses produtos e serviços portam riscos e benefícios. Um dos problemas da VISA é avaliar a relação entre os riscos e os benefícios, trazidos pela incorporação de uma nova tecnologia, por exemplo, e como as pessoas serão afetadas por essas mudanças.

Para se avaliar o risco existente no território, devem-se usar algumas informações para levantamento das atividades humanas. E isso pode ser feito de diversas maneiras. Um delas é por meio de **dados secundários**. As agências de governo possuem bases de dados que são usadas para gerenciar suas ações, e que podem ser interessantes para caracterizar as atividades econômicas existentes no território. Um

bom começo é usar dados dos censos e pesquisas, organizados pelo IBGE (www.ibge.gov.br). Pela quantidade de empregos e de renda nos setores primário, secundário e terciário da economia, pode-se ter uma idéia da dinâmica econômica de todos os municípios do Brasil.

Além do IBGE, o Datasus tem uma excelente página na Internet para divulgação de dados e indicadores de saúde (www.datasus.gov.br).

Destacamos os seguintes tipos de dados que podem ser usados para o diagnóstico do território:

Demográficos - referentes à população, como o número de habitantes de uma área ou a distribuição de subgrupos populacionais (por idade ou sexo).

Ambientais e de condições de vida - referem-se ao território, domicílios e setores censitários e variáveis sociais que caracterizam o contexto de vida da população ou de indivíduos.

Morbidade - refere-se à ocorrência de doenças e aos agravos à saúde.

Mortalidade - refere-se aos óbitos.

Serviços de saúde - relativos aos recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde.

Documentos e registros administrativos - legislação médico-sanitária, referências bibliográficas, sistemas administrativos.

Todos estes dados permitem levantar as atividades existentes no território que podem ser de interesse para a VISA.

considerações finais

As expressões vigilância da saúde, epidemiológica, sanitária e ambiental são utilizadas não para vigiar pessoas e lugares, mas para controlar contextos e produzir saúde (Paim, 2003). Por isso mesmo, utilizam-se da categoria território, como um dos elementos estruturantes de suas ações e de sua materialidade junto aos serviços de saúde e à população.

Portanto, para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. Cabe à vigilância em saúde exercer o papel organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersectoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, recuperação), fincada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersectorial (Teixeira et al. 1998). A partir disso, o conceito de espaço, de onde se origina a noção de território, pode exercer importante papel na organização das práticas de vigilância em saúde.

A identificação de problemas de saúde no território deve, portanto, suplantar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis através de notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

O território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites. Por exemplo, podemos falar da

qualidade da água de um bairro, mas sabemos que a água não é do bairro. Ela vem de uma fonte de abastecimento, é tratada ou não e distribuída para vários bairros e, às vezes para várias cidades. Mas, para atuar sobre o problema da qualidade da água, devemos também pensar no bairro. É importante obter relatórios, analisar e atuar sobre esses territórios, mesmo sabendo que os problemas, na maior parte das vezes, não estão limitados a esse território.

Em resumo....

Voltamos, portanto, ao problema inicial da delimitação dos territórios e dos poderes instituídos dentro desses territórios. A idéia de que esses territórios são fechados e autônomos é completamente artificial. Mas esta territorialização serve, antes de mais nada, para organizar as práticas de trabalho de VISA. Precisamos atuar sobre esse território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem um conteúdo social, político e ambiental e que tem uma população que pode sofrer conseqüências dos processos de produção e consumo em sua saúde. Mas, além disso, precisamos lembrar que esses territórios estão ligados por redes em que as pessoas, as informações, energia e materiais circulam com gradativa intensidade e velocidade.

referências bibliográficas

- Barcellos C, Machado JHM. (1998) A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. *Ciência e Saúde Coletiva*. 3(2): 103-113.
- Freitas, CM, Porto, MFS, Moreira, JC et al. (2002) Segurança química, saúde e ambiente: perspectivas para a governança no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 18(1): 249-256.
- Mendes EV. (1993) Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec/Abrasco.

glossário

Adscrição de clientela: trata-se de termo, utilizado principalmente pelo Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, que significa o registro e a delimitação de famílias sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS). A adscrição é fundamental para criação do vínculo entre a equipe de referência do PSF e as famílias.

Área de abrangência: área sob a responsabilidade de um determinado serviço de saúde ou equipe de PSF, que deverão trabalhar em prol da resolatividade dos agravos à saúde que acometem os membros daquele território, bem como da prevenção dos agravos e da promoção da saúde naquele espaço.

População adscrita: é a população residente na área de atuação de uma Equipe de Saúde da Família ou serviço de saúde. Estando adscrita às áreas, cabe à equipe ou ao serviço a constituição de um vínculo entre o sistema e essa população, de forma a permitir o cultivo da responsabilização dessa por parte dos profissionais de saúde.

Atores políticos: representantes de diversos segmentos da comunidade local, articulados em torno dos objetivos de desenvolvimento econômico e social de um território.

Beneficiamento da soja: significa, de uma maneira geral, todos os processos a que um grão é submetido após a colheita, e tem como finalidade melhorar as

características sanitárias, de conservação e apresentação. Basicamente inclui os processos de seleção, higienização, purga embalagem, além de processos especiais.

Contexto: o pano de fundo de um evento específico. Este pano de fundo ou filtro geralmente determina o modo como uma experiência ou evento específico interpretado.

Heterogêneo: que é de natureza diferente; que não é uniforme; que não tem unidade.

Indicadores de saúde: são estatísticas, em forma de coeficientes e taxas, que buscam traçar um perfil da situação da saúde no país, nos estados e nos municípios.

Magnitude do risco: dimensão do agravo medida pelo "número de indivíduos expostos" ao risco.

Impactos na saúde: pode ser definida como medida de alteração nos valores de uma situação, fator ou parâmetro, ao longo do tempo, em termos quantitativos ou qualitativos

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa da Saúde da Família

Vulnerabilidade: diz-se do lado fraco de uma questão ou assunto, fragilidade de uma situação ou condição de saúde.

Monken, M., Barcellos, C. (2005) Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. 21(3): 898-906.

Piovesan, M.F., Padrão, M.V.V., Dumont, M.U., Gondim, M.G., Flores, O., Pedrosa, J.I.; Moreira Lima, L.F (2005) Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8(1):83-95.

Santos M. (1999) A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, Razão e emoção. São Paulo: Ed. Hucitec.

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

direito sanitário: base legal da vigilância sanitária¹

rosiene maria de freitas¹

introdução

Neste texto, apresentamos a Vigilância Sanitária a partir da base legal que define seus objetivos e atribuições nos três níveis de governo União, Estados e Municípios. Esta base legal está contida no campo que denominamos Direito Sanitário. O objetivo é colocar os leitores em contato com este campo, e ao longo do texto, entender sua relação com o campo da Saúde.

Para fazer esta discussão, o texto se divide em quatro partes. Na primeira, será apresentado o conceito de Direito Sanitário, seguindo-se a base legal da saúde no Brasil, que parte da Constituição Federal e de outras leis relacionadas, decorrentes das determinações da lei maior: a Lei Orgânica da Saúde, o Código de Defesa do Consumidor e os códigos sanitários. Na terceira parte, contextualizamos a Vigilância Sanitária a partir do seu conceito legal, o alcance de suas ações, a forma de atuação para efetivar seus objetivos e também alguns dilemas dos profissionais que nela atuam. Para terminar, resgatamos a correlação entre os conceitos apresentados para o Direito Sanitário e as atribuições da Vigilância Sanitária no campo da saúde.

o conceito de direito sanitário

O Direito Sanitário compreende o conjunto das normas jurídicas aplicáveis às ações de saúde. Estas normas estabelecem para o Estado (entendido aqui como Nação), os indivíduos e a coletividade, os direitos e as obrigações em matéria de saúde, regulando a prática ou a proibição de atos, sempre no interesse da coletividade. Quando ocorre confronto entre normas de interesse público e de interesse privado ou individual, prevalece o público ou coletivo.

De acordo com Dias (2003), alguns autores explicam o Direito Sanitário a partir de três categorias de normas:

- a primeira, um conjunto de normas que regem os serviços públicos que se entrevêm em matéria de saúde. No caso do Brasil, por exemplo, podemos citar a Lei Orgânica da Saúde, que delimita a estrutura e as responsabilidades dos governos federal, estaduais e municipais quanto à organização do Sistema Único de Saúde SUS;
- a segunda, uma categoria de normas que regulamentam as diversas formas de relações entre os indivíduos no campo da saúde, especialmente entre os doentes e os profissionais. Inclui-se aí todo e qualquer tipo de contrato que possa existir entre eles e, especialmente, os códigos de ética profissional;
- finalmente, uma regulamentação de todas as ações relacionadas ao campo da saúde. Esta categoria diz respeito a um direito de polícia, que implica interdições, **limitações** e orientações, **regulamentando as profissões**, os produtos e serviços úteis ou nocivos à saúde. Inclui toda a obrigação de, por exemplo, registrar alimentos e medicamentos; o controle da qualidade do sangue; o estabelecimento de normas para o exercício das profissões pelos conselhos profissionais, como de medicina, farmácia, enfermagem, entre outros.

base legal da saúde no brasil

saúde: direito constitucional

A Constituição Federal é a lei maior do país, que estabelece os princípios e diretrizes para toda a sociedade e que, em seu artigo 196, define a saúde como: “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”²

Entende-se por políticas sociais e econômicas as ações do Estado que visam garantir saneamento básico, educação e alimentação, trabalho, lazer, entre outras (políticas sociais) e medidas de estabelecimento de crédito, financiamentos, juros, impostos (políticas econômicas) que, claramente, causam impacto sobre as condições para se ter saúde.

Este artigo estabelece as ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, que podem ser assim entendidos:

- a promoção da saúde, em uma definição restrita, refere-se a ações que visam à melhoria da qualidade de vida de um grupo ou comunidade;
- a proteção à saúde compreende ações específicas, individuais ou coletivas, com a finalidade de proteger os indivíduos contra doenças: a melhoria no condicionamento físico e o aumento da resistência são exemplos de ações individuais para a proteção da saúde; campanhas de vacinação são um exemplo de proteção coletiva à saúde;
- a recuperação refere-se a toda a assistência dada quando ocorre a doença, até a reabilitação do indivíduo.

A partir dos anos 90, a promoção da saúde tornou-se um movimento difundido internacionalmente, que propõe o desenvolvimento de ações para geração de emprego, renda, saneamento, habitação, educação, transporte, saúde e lazer, visando à melhoria da qualidade de vida da população (Teixeira, 2004).

Também neste artigo da Constituição Federal está previsto o dever do Estado com relação à saúde. Em países como o Brasil, organizado na forma federativa, a União, os estados e os municípios coexistem compartilhando atribuições. A União tem a competência de legislar, estabelecendo normas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde; aos estados cabe legislar supletivamente, ou seja, as normas estaduais não podem contrariar as federais, mas complementá-las de acordo com as necessidades locais/regionais ou, apenas, preencher as lacunas da legislação federal. O mesmo cabe dizer sobre a competência dos municípios com relação às legislações federal e estadual.

a Lei orgânica da saúde

As ações e os serviços destinados a promover, proteger ou recuperar a saúde foram regulamentados por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), leis 8080 e 8142 de 1990. Esta legislação contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pelos entes federados para a organização dos serviços, financiamento e elaboração de normas que visam garantir, em seus territórios, o direito à saúde.

As competências de cada nível de governo estão assim definidas na Lei Orgânica da Saúde:

- à direção nacional compete formular políticas de alimentação; formular e implementar políticas de controle do meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições de trabalho; definir e coordenar os sistemas de laboratórios, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária; estabelecer critérios e parâmetros para controle da qualidade de produtos e serviços de consumo e uso humano, controlar e fiscalizar procedimentos e produtos de interesse para a saúde, acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, entre outras competências;
- à direção estadual compete promover a descentralização de serviços e ações para os municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; coordenar e executar ações complementares de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador; estabelecer normas, suplementarmente, de controle das ações e serviços de interesse para a saúde, colaborar com a União na fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras, entre outras competências;
- ao município compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde; executar serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação de nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador, serviços assistenciais públicos; colaborar com a União e os estados na execução da vigilância sanitária de portos aeroportos e fronteiras; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde, entre outras competências.

Na descrição de competências apresentada, podemos observar que a execução das ações é tarefa primordial dos municípios: aos estados e à União cabe executá-las de forma complementar, ou seja, quando o município não possui condições para tal ou quando a ação o exige. Além disso, os estados e a União devem prestar cooperação técnica e financeira aos municípios para a organização de seus sistemas de saúde.

Um exemplo da atuação conjunta dos três níveis de governo.

A fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras é atribuição do nível federal da vigilância sanitária, uma vez que se trata de questão de segurança nacional. Quando ocorreu a ameaça de epidemia de cólera, nos anos 90, foi muito importante a vigilância sanitária e epidemiológica nesses locais, pois, por intermédio de indivíduos contaminados, vindos de regiões onde estivesse ocorrendo a epidemia, a doença poderia entrar no país. Para uma vigilância eficaz, as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, estaduais e municipais, atuaram conjuntamente com a federal, além de atuarem em suas áreas específicas, como fronteiras estaduais, estações rodoviárias, estações ferroviárias etc.

defesa do consumidor: um espaço de conquista

Ainda no sentido de garantir a proteção e defesa da saúde, bem como os direitos dos cidadãos, a CF determina que o Estado deva atuar em sua defesa. Para tanto foi editado, através da Lei 8078 de 1990, o Código de Defesa do Consumidor - CDC, também de caráter nacional, que disciplina as relações de consumo.

Art. 4º - A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito a sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;

II - ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor (...);

De acordo com este código, os produtos e serviços disponibilizados não

podem acarretar riscos à sua segurança, exceto aqueles riscos considerados previsíveis. Os fornecedores de produtos, em qualquer hipótese, são obrigados a dar informações adequadas e necessárias a seu respeito. O princípio da vulnerabilidade, descrito no código, entende que o consumidor é a parte frágil da relação produção-consumo e por isso, o Estado deve protegê-lo.

Muitas questões abrangidas pelo CDC envolvem aspectos relacionados à proteção da saúde.

Por exemplo:

- a propaganda enganosa ou falta de informações sobre a característica, qualidade ou quantidade, segurança, desempenho, durabilidade, preço ou garantia de produtos;
- a falta de comunicação aos consumidores e aos órgãos competentes, bem como nas embalagens, invólucros, recipientes ou publicidade, a nocividade ou os perigos decorrentes da utilização de um produto.

O CDC define a responsabilidade do produtor sobre a qualidade daquilo que produz e, também, que cabe ao poder público e à sociedade a vigilância da qualidade dos produtos e serviços dados ao consumo: isso reforça o papel do Estado na elaboração de normas, de fiscalização, aplicação de medidas corretivas, educação e orientação da população, e o papel da sociedade de se organizar para fazer valerem os seus direitos.

reflexão:

Sabemos da importância da participação na defesa de seus direitos. Converse com seus colegas, procurando relatos dos casos do uso do Código de Defesa do Consumidor para fazer valerem os seus direitos de cidadão.

código sanitário

Para organizar os serviços de saúde em seu território, delimitar e definir atribuições para a execução das ações de saúde prevista na Constituição Federal e na Lei Orgânica, estados e municípios formulam e editam seus Códigos Sanitários.

O Código Sanitário é a lei maior do estado ou do município em matéria de saúde, pois estabelece os princípios e diretrizes para a organização do sistema de saúde e define atribuições, sempre respeitando aquilo já definido na legislação federal e, no caso do município, também na legislação estadual. Estes princípios e diretrizes, de caráter geral, podem ser complementados por outras normas, na forma de decretos, resoluções ou portarias. Estas decorrem das necessidades locais, por exemplo, do tipo de serviços e atividades econômicas presentes em seu território e passíveis de controle e organização pelo sistema.

Veja os exemplos a seguir:

- se em um município é hábito da população a criação de animais domésticos e constata-se que uma doença como a leishmaniose é endêmica, o Código Sanitário pode prever normas que determinem os cuidados com esses animais e, nos casos necessários, as ações do Poder Público a serem executadas para levantamento de animais doentes, recolhimento e até sacrifício dos mesmos.
- se uma atividade produtiva típica de um município acarreta um risco específico à saúde dos trabalhadores naquela atividade, o Código Sanitário pode prever normas que as empresas devem seguir para diminuir ou eliminar esse risco.

reflexão:

Você conhece o Código Sanitário de seu município? Pesquise algumas das áreas que devem obedecer às disposições contidas nele, listando-as e justificando a importância desse controle.

a vigilância sanitária

A Lei Orgânica da Saúde, ao estabelecer as diretrizes para a organização das ações e serviços que visam garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde, define assim a Vigilância Sanitária:

Art. 6º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar 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, relacionam-se 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 ações de vigilância sanitária perpassam práticas de promoção, em seu sentido restrito, proteção e recuperação da saúde:

- investir na segurança dos produtos industrializados e dos ambientes de trabalho são exemplos de atividades de promoção da saúde, pois pautam-se pela melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas nesses processos (por exemplo, os trabalhadores);
- a verificação frequente dos níveis de contaminantes nos produtos a serem consumidos, com o objetivo de garantir os padrões mínimos de nocividade, constitui-se em atividade de prevenção contra o risco de causarem problemas à saúde;

- a atuação na fiscalização e no controle das condições sanitárias e dos processos de trabalho nos serviços de saúde contribui para a garantia da qualidade da assistência aos indivíduos, sendo, portanto, um elemento para que se obtenham boas condições da recuperação da saúde;

ações da vigilância sanitária

Na saúde, a vigilância sanitária é o setor que executa ações de competência exclusiva do Estado: as ações de fiscalização, que intervêm nos interesses particulares em defesa dos interesses da coletividade. Na execução dessa função, a vigilância exerce o poder de autoridade, denominado **poder de polícia**.

Para exercer esse poder, utiliza-se das leis e normas (decretos, resoluções, portarias) que fixam os parâmetros para o exercício das atividades de produção e prestação de serviços e das penalidades estabelecidas nestas normas para cada situação fiscalizada.

Na execução de suas atribuições, a vigilância sanitária, usualmente, desenvolve as seguintes ações:

- **investigação** dos problemas sanitários e dos possíveis riscos à saúde causados por produtos (alimentos, medicamentos, saneantes, produtos radioativos, produtos tóxicos), serviços (laboratórios, hospitais, clínicas etc), meio-ambiente ou ambientes de trabalho;
- **elaboração de normas** que visem garantir a prevenção, eliminação ou redução desses riscos;
- **monitoramento** dos parâmetros de qualidade, ou seja, a vigilância sobre a manutenção dos parâmetros de produtos, serviços, meio ambiente e ambiente de trabalho;
- **fiscalização** sobre a produção e a prestação de serviços de interesse da saúde, que envolve, além da atividade de fiscalização propriamente dita, a registro de empresas, alimentos, medicamentos etc, nos ambientes de trabalho e no meio ambiente;

- **educação sanitária e informação** à população dos possíveis riscos causados pela utilização de produtos e serviços de interesse da saúde.

dilemas na vigilância sanitária

A abrangência da VISA e suas ações, que compreendem da promoção ao ato de intervir punitivamente em determinadas situações, contribuem na indefinição de postura de seus profissionais ao se depararem com a necessidade de escolha: a liberdade individual de desenvolver uma atividade que interfere na saúde das pessoas ou o bem maior da coletividade? A resposta a essa pergunta passa pela questão ética.

A ética está relacionada a valores, princípios e normas que servem de base para o comportamento humano. Não se trata de normas escritas: refere-se à responsabilidade dos indivíduos sobre seus atos... (Marques 2004).

Se considerarmos o princípio de garantia do direito à saúde como um valor para todos, incluindo os trabalhadores de saúde, então entendemos que as normas são instrumentos e devem ser seguidas pelo bem da coletividade.

A respeito desse compromisso dos profissionais que lidam no dia-a-dia com os conflitos entre o interesse coletivo e o individual, destacamos, a partir das considerações feitas por Marques (2004), alguns aspectos para reflexão sobre as ações da vigilância sanitária:

- devem estar comprometidas com o cidadão e com a sociedade;
- não estão situadas somente no “agora”: têm também um sentido de proteção à saúde de gerações futuras;
- têm o dever de informar sobre a qualidade e os riscos de produtos e serviços: os cidadãos têm o direito de escolha e, portanto, o direito à informação adequada para que tomem a decisão correta.

glossário

Limitação: ação ou efeito de se restringir a certos limites; restrição, contenção. No sentido aqui apresentado, refere-se às proibições contidas na legislação sanitária, incidentes sobre os indivíduos e empresas, para a proteção da saúde dos consumidores de produtos e serviços. Por exemplo: é proibida a comercialização de produtos com prazo de validade vencido; é proibida a comercialização de alimentos perecíveis em temperaturas acima daquela indicada pelo fabricante ou, em casos específicos, pela legislação.

Interdição: proibição imposta pela autoridade, vedando a um indivíduo a prática de um ato ou atividade. No caso da vigilância sanitária, a interdição normalmente caracteriza-se por uma das penalidades aplicadas aos produtores e prestadores de serviços e ocorre na falta de condições para o exercício da atividade. Por exemplo, o estabelecimento não tem estrutura física compatível com a produção de alimentos (separação de área de recebimento de matéria-prima e recolhimento de lixo, equipamentos de refrigeração suficientes etc.): nessa situação, a empresa pode ser impedida de continuar suas atividades por meio da interdição.

Orientação: prescrição da maneira de organizar-se algo, do modo pelo qual devem executar-se as tarefas que lhe dizem respeito; instrução, ensinamento, regra. As orientações na Vigilância Sanitária ditam a forma de organização da produção e da prestação de serviços, com o objetivo de se adquirirem produtos e serviços dentro dos parâmetros sanitários determinados pela legislação. Por exemplo, para garantir a qualidade dos alimentos, as normas sanitárias determinam que as instalações das indústrias devem ter áreas separadas para recebimento de matéria-prima, armazenamento, manipulação e guarda de lixo, bem como os cuidados a serem observados durante o processo de produção e aqueles relativos aos manipuladores de alimentos (uso de roupa apropriada, proteção dos cabelos etc.).

Federação: união política entre estados que gozam de relativa autonomia e que se associam sob um governo central. O Brasil é um país organizado sob a forma federativa, onde os estados possuem autonomia política e administrativa sob alguns aspectos, resguardados os poderes exclusivos do governo federal, estabelecidos na Constituição Federal.

referências bibliográficas

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação social. 2ª ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo. 13ª ed. Editora Atlas. 1999.

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

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária, saúde e cidadania. In: **Vigilância Sanitária - Cadernos de Saúde 4**. CAMPOS, F.E. WERNECK, G.A.F. TONON, L.M. (Orgs.). Belo Horizonte: COOPMED. p.13, 2001.

DALLARI, S.G. Organização jurídica da administração pública em saúde. In Rozenfeld, S (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000. p. 113-133.

DALLARI, S.G. A Vigilância Sanitária no contexto constitucional e legal brasileiro. In: **Vigilância**

Sanitária - Cadernos de Saúde 4. CAMPOS, F.E. WERNECK, G.A.F. TONON, L.M. (Orgs.). Belo Horizonte: COOPMED. p.39, 2001.

DALLARI, S.G. O direito sanitário como campo fundamental para a vigilância sanitária. In: **Vigilância Sanitária Textos e Contextos**. CECOvisa-USP. 2004.

DIAS, H.P. Direito sanitário www.anvisa.gov.br. Maio/2003.

FONTES. C.T. **O futuro da prevenção**. Casa da Qualidade Editora, 2001.

MARQUES, M.C.C. A prática da vigilância sanitária e a ética. In: **Vigilância Sanitária Textos e Contextos**. CECOvisa-USP, 2004.

HOLANDA, A.B. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2001. Versão 1.0 dez. 2001.

introdução

Diariamente, em nossa vida, precisamos tomar decisões e planejar nossas ações, desde as mais simples - que roupa usar para sair, o que comer no café da manhã ou que caminho usar para chegar ao trabalho - até as mais difíceis, como por exemplo, a melhor maneira de gastar o pouco dinheiro que temos. O que nos permite tomar essas decisões são as informações que temos ou que vamos buscar sobre o assunto.

Não é difícil perceber que nossas decisões tendem a ser mais adequadas quando recebemos mais e melhores informações sobre o assunto. Por outro lado, mesmo influenciando diretamente as decisões que tomamos, as informações não determinam essas decisões, que dependem de vários outros fatores de ordem pessoal e cultural: nosso conhecimento anterior sobre o tema, nossas crenças, nossos valores e nossos objetivos, entre muitas outras coisas. Ou seja, mesmo quando recebem as mesmas informações, as pessoas podem tomar decisões diferentes e agir de forma bastante distinta.

No que diz respeito à área da Saúde, ter isso em mente é muito importante, tanto para aqueles trabalham na condução de políticas governamentais, obrigados a tomar diariamente decisões de grande relevância social, quanto para os que realizam a gestão dos serviços sanitários e os que lidam diretamente com a população, nas ações de assistência ou promoção da saúde. Por ser um importante recurso para a melhoria dos serviços e das condições de vida, toda informação deve ser usada (ou prestada) com consciência e, principalmente, com responsabilidade.

Dentre as muitas definições que existem, para a palavra 'informação', podemos inicialmente destacar duas. A primeira é do matemático e criador da Cibernética, Norbert Wiener, para quem informação é o “termo que designa tudo aquilo que trocamos com o mundo exterior, e que faz com que nos ajustemos a ele. O recebimento e a utilização das informações são processos do nosso ajuste às mudanças ocorridas no meio ambiente e do nosso viver efetivo nesse meio ambiente”. Nessa definição, a

informação é considerada de forma mais ampla, como algo que trocamos com o meio ambiente, muitas vezes até sem sentir. Ele considera, por exemplo, que, quando a claridade aumenta, nossa pupila se contrai porque recebeu uma informação e reagiu a ela. Para Wiener, existem duas questões muito importantes com relação à informação:

- Ela está sempre ligada a uma função, ou seja, toda informação deve servir para alguma coisa.
- Ela só é retida por um organismo quando é significativa (os homens, os grupos e os animais só absorvem a informação de que necessitam e que seja compreensível), isto é, para uma informação ser assimilada por nós, ela deve ser útil e deve fazer sentido.

Existe, no entanto, uma outra definição que diz: “informação é o conteúdo das mensagens emitidas ou recebidas”. Nesse caso, a informação é vista de uma forma mais restrita, pois está relacionada diretamente ao que queremos comunicar, ou seja, à comunicação. Nosso objetivo, neste texto, é tratar tanto da informação, quanto dos principais sistemas de informação.

dado, informação e conhecimento

Ao preencher uma ficha ou um formulário, muitas vezes nos deparamos com os termos dados e informações ('dados cadastrais', 'informações pessoais' etc.), usados de maneira indiscriminada. Na verdade, apesar de parecerem iguais, os termos 'dados' e 'informações' são um pouco diferentes. O que é, portanto, um dado? O que é uma informação?

Para os estudiosos de Ciência da Informação, informação é tudo aquilo capaz de desencadear uma possível mudança numa estrutura, num sistema ou num comportamento, o que está de acordo com a definição de Norbert Wiener, que vimos anteriormente.

Os dados, por sua vez, são “meios concretos, suportes físicos codificados que têm o potencial de carregar informação”.¹ Ou seja, os dados são códigos que servem de base para a geração de informações, mas que não falam por si. Eles precisam ser interpretados, avaliados, correlacionados ou agrupados, a fim de produzirem uma informação para nós.

1 Oliveira, Vitoria Peres de. Uma informação tácita. In Revista de Ciência da Informação - v.6 - n.3 jun/05

Por exemplo, para quem sabe ler, um livro pode ser uma boa fonte de dados, podendo gerar informações importantes para os leitores. Para quem não sabe ler, no entanto, o livro pouco representa como fonte de dados, por não fornecer informações que modifiquem o modo de pensar ou agir do indivíduo.

No caso de informação e conhecimento, ambos considerados produtos da inteligência humana, a maioria dos estudiosos acredita que a diferença entre os termos é só uma questão de diferença de graus numa escala. Ou seja, o conhecimento seria a informação num grau mais elevado. Existem, no entanto, autores que consideram que a diferença entre conhecimento e informação relaciona-se com aplicação e armazenagem. O conhecimento, nesse sentido, seria a aplicação prática ou teórica das informações que armazenamos e das experiências que vivenciamos ao

sistemas de informação em saúde

No nosso dia-a-dia, freqüentemente ouvimos e mencionamos a palavra sistema: o sistema de transportes de nossa cidade, o sistema de abastecimento de água, o sistema de saúde etc. Mas o que é exatamente um sistema?

É possível dizer que um sistema é um todo, governado por leis próprias, composto por partes interligadas, organizadas numa estrutura predefinida e que agem visando a um determinado objetivo comum. Vamos pensar, por exemplo, no sistema digestório. Ele é formado por vários órgãos, que desempenham papéis diferentes, mas que trabalham, de forma organizada e segundo algumas regras estabelecidas pela biologia, para um único objetivo: permitir que o indivíduo, por meio da digestão do que come e bebe.

Também é possível pensar no sistema de saúde do seu município. Ele é um todo, formado por diversas partes (unidades básicas de saúde, centros de saúde, hospitais, farmácias etc.) que realizam diferentes atividades, com o objetivo de resolver os problemas de saúde e melhorar as condições de vida da população.

Mas, então, o que seria um Sistema de Informação em Saúde (SIS)?

De acordo com Ferreira (2001)², é possível definir um SIS como “um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde”. O objetivo de um SIS é selecionar dados pertinentes que possam ser transformados em informações por aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde.

Em resumo:

Um sistema de informação em saúde deve possibilitar:

- que todo profissional de saúde receba dados, capazes de informá-lo sobre uma determinada situação de saúde da população;
- que, por meio da avaliação desses dados, os gestores e os profissionais de saúde tomem decisões e proponham ações capazes de alterar essa situação;
- que a nova situação possa ser avaliada e possam ser gerados novos dados; num processo contínuo e inesgotável.

como deve ser construído um sistema de informação em saúde?

Como vimos, a informação é um recurso primordial para o planejamento e a tomada de decisão em todas as áreas de nossa vida, e as informações que processamos dependem diretamente da qualidade dos dados que recebemos ou buscamos. Identificar quais os dados capazes de nos transmitir as informações que desejamos é fundamental, representando uma grande economia de tempo e recursos pessoais e financeiros gastos na coleta e processamento de dados desnecessários.

O primeiro passo na construção de um SIS é determinar seu modelo e suas regras de funcionamento. Isso deve ser feito, tendo-se em mente que nenhum sistema de informação existe por acaso. Na verdade, ele sempre existe como componente de um outro sistema ao qual deve servir.

No caso brasileiro, todo sistema de informação em saúde deve ser adequado às necessidades do SUS, devendo, portanto:

- atender aos três níveis de gestão - municipal, estadual e federal -, garantindo a possibilidade de avaliação permanente do resultado das ações executadas;
- satisfazer às necessidades específicas de diferentes unidades operacionais do sistema;
- fornecer aos profissionais de saúde informações necessárias ao aprimoramento de seu trabalho;
- contribuir para o exercício da cidadania, por meio da ampliação da participação popular e do controle social.

Por outro lado, o sistema deve ser estruturado de forma que todas as ações realizadas pelo SUS, em suas diferentes unidades operacionais (centros de saúde, hospitais, serviços de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária etc.) gerem dados capazes de produzir informações para os usuários do sistema de informação, sejam eles gestores, profissionais de saúde ou a população em geral. Nesse caso, o sistema principal divide-se em vários subsistemas, com características e objetivos próprios.

que dados devem estar presentes num sistema de informação em saúde?

O processo de gestão em saúde envolve o conhecimento sobre a situação de saúde da população num dado momento. Para isso, são necessários dados que permitam obter informações sobre as condições de vida da população e sobre seus principais problemas de saúde:

- Quantos habitantes vivem no lugar?
- Qual o grau de escolaridade e o nível de renda das pessoas?
- Qual a principal causa de morbimortalidade na comunidade?
- Há saneamento básico?
- Há luz elétrica?
- Qual a qualidade do ar que respiram?

Com os dados coletados e depois de definidos os compromissos políticos da gestão para a mudança da situação encontrada, são necessários sistemas capazes de informar, por exemplo, as possibilidades de enfrentamento e superação dos problemas existentes:

- Qual é o perfil dos profissionais existentes?
- Quais são os recursos financeiros, instalações e equipamentos disponíveis?

A partir daí, cabe aos gestores definir que ações podem ser produzidas com os recursos disponíveis e como elas devem ser realizadas para serem eficazes. O último passo seria possibilitar, por meio da comparação de dados em diferentes momentos, a avaliação dessas ações.

Em resumo, para ser eficiente um sistema de informações deve:

- ser abastecido constantemente com dados capazes de fornecer as informações necessárias aos seus usuários. A qualidade dos dados é muito importante e, para isso, o preenchimento dos instrumentos de coleta - fichas de notificação e investigação, declaração de óbito, declaração de nascido vivo, boletins de atendimento, autorizações de internação, relatórios etc. - deve ser feito com muito cuidado pelos profissionais responsáveis.

- ser capaz de gerar indicadores³ que permitam que as ações desenvolvidas sejam avaliadas pelos gestores quanto à **eficiência**, à **eficácia** e à **efetividade**⁴. Isso significa julgar as ações de acordo com objetivos preestabelecidos, verificando o grau de alcance dos resultados obtidos em comparação com os benefícios criados por esses resultados.

reflexão

Quais os principais instrumentos para registro de dados que você utiliza no seu processo de trabalho.

Comente a importância desta atividade de registro para o êxito do seu trabalho?

os principais sistemas de informação em saúde no Brasil

O artigo 47 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) prevê que o Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, organizem um Sistema Nacional de Informações em Saúde (SIS) que contenha dados epidemiológicos e de prestação de serviços de todo o território nacional.

³ **Indicadores:** informações produzidas periodicamente, com critérios constantes e que revelam o comportamento de um fenômeno em um dado espaço de tempo.

⁴ **Eficiência:** significa fazer as coisas bem, ou seja, utilizando os recursos disponíveis da melhor maneira possível. Refere-se à boa utilização dos recursos (financeiros, materiais e humanos) em relação às atividades e resultados atingidos. Quais foram as atividades planejadas e quantas foram realizadas? Qual foi o custo total e quantas pessoas foram atingidas? Quantos cursos foram realizados e quantas pessoas foram capacitadas?

Eficácia: significa fazer as coisas certas, ou seja, alcançar os melhores resultados possíveis com relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa). Verifica se as ações do projeto permitiram alcançar os resultados previstos. Um programa de capacitação permitiu aos seus participantes adquirir novas habilidades e conhecimentos?

Efetividade: significa fazer a coisa certa da maneira certa, ou seja, conseguir realizar realmente as mudanças propostas de maneira constante e duradoura. Pode ser entendida como a soma da eficiência e da eficácia e relaciona-se com o grau de modificação da situação/problema/desafio que originou a ação. Será que um grupo de pessoas alvo de determinada ação educativa mantém ao longo do tempo os novos comportamentos e atitudes propostos?.

Existem órgãos responsáveis pela gestão dos SIS no nível federal. Um deles é o Departamento de Informática do SUS (Datapus), que tem importante papel como centro tecnológico de suporte técnico de informática para manutenção das bases de dados nacionais. O outro é o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), que tem por objetivo desenvolver sistemas de informação que permitam o acompanhamento da ocorrência de doenças e agravos no país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde. No Brasil, existem vários Sistemas de Informação em Saúde, entre eles:

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

O Sinan foi instituído em 1996 e tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. Ele pode ser alimentado pelas unidades básicas de saúde ou, quando isso não é possível, pelas secretarias municipais de Saúde. A coleta de dados sobre os agravos de notificação compulsória tem sido a principal fonte usada pela Vigilância Epidemiológica para desencadear medidas de controle. Os dados trabalhados referem-se às seguintes doenças: cólera, coqueluche, dengue, difteria, doença de Chagas (casos agudos), doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatites B e C, leishmaniose visceral, leptospirose, malária (em área não endêmica), meningite por *Haemophilus Influenzae*, peste, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola, síndrome de rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, síndrome de imunodeficiência adquirida, tétano e tuberculose.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

Este sistema trabalha com dados recolhidos num documento padrão: a Declaração de Óbito (DO). Na maior parte do país, o processamento dos dados é feito pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O avanço do processo de municipalização vem colocando os municípios à frente desse processo, buscando intervenções mais próximas e específicas sobre os problemas colocados. O sistema permite que os dados sejam agregados ou desagregados por estado, município, bairro ou endereço residencial. Os dados podem ser consultados na Internet através do endereço: www.datasus.gov.br, acessando: *Informações de Saúde >> Mortalidade*.

Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc)

O Sinasc foi implantado oficialmente em 1990 e reúne dados importantes sobre as crianças nascidas vivas em todos os níveis do SUS.

Reúne dados como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outros, que são recolhidos na Declaração de Nascimento (DN). Os municípios que trabalham adequadamente este sistema têm obtido bons resultados na intervenção precoce sobre os riscos apresentados pelos recém-nascidos. Os dados sobre as crianças podem ser agregados ou desagregados por município, por bairro, pelo endereço residencial ou pelo estabelecimento de saúde onde foi realizado o parto. Também é muito importante garantir o cumprimento da obrigatoriedade do preenchimento e encaminhamento da D.N.

Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)

O SIH-SUS, que registra cerca de 70% das internações hospitalares realizadas no Brasil, gera diversos indicadores, entre os quais: mortalidade hospitalar geral (segundo alguma causa ou segundo algum procedimento específico); taxa de utilização geral ou por faixa etária, sexo e causa; índice de gastos com hospitalização geral ou por faixa etária, sexo ou causa; tempo médio de permanência geral; e utilização de UTI. Esse sistema também determina o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), contendo dados sobre os recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)

Este sistema realiza as funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção, gerando informações relativas à Rede Ambulatorial e à Produção Ambulatorial do SUS e permitindo o melhor gerenciamento da oferta de serviços e da capacidade instalada. O sistema permite o repasse de recursos financeiros pelo governo federal a todos os prestadores de serviços de caráter do SUS, estados e municípios. Entre outras coisas, o SIA/SUS é capaz de gerar indicadores sobre o número de consultas médicas por habitante ao ano, número de consultas médicas por consultório e número de exames e terapias realizados por consultas médicas.

Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)

Este sistema, implantado em 1998, tem por objetivo acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Os dados, coletados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), possibilitam informações sobre casos de doenças, vacinação, gestação, crescimento e desenvolvimento das crianças e óbitos. Este sistema gera os principais indicadores de saúde da população, o que torna muito importante a coleta e o envio de dados pelos responsáveis.

Além desses, também podemos citar:

- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), com os Subsistemas de Avaliação do Programa de Imunizações (API) e de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI)
- Sistema de Informação do Câncer da Mulher (Siscam)
- Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)
- Sistema de Informações sobre Malária (Sismal)
- Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde (Siops).

Existem ainda outras importantes fontes de informação para o setor saúde, por exemplo, as bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico, Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios (Pnad) e Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) - e as pesquisas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

sistema de informação nacional de vigilância sanitária (sinavisa)

Um dos maiores desafios enfrentados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) tem sido a construção de um sistema de informação sobre a vigilância sanitária no país. Nesse processo, as principais questões estavam relacionadas à determinação dos dados a serem coletados, para que o sistema pudesse gerar informações necessárias ao fortalecimento desse campo da saúde no Brasil, e a forma de se unificarem inúmeras bases de dados que já existiam isoladamente em alguns estados.

O Sinavisa é fruto de uma parceria entre os serviços de vigilância sanitária municipais, estaduais com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e reúne, entre outras coisas, informações relativas aos produtos e serviços de interesse sanitário (alimentos, medicamentos etc.). Sua finalidade é tornar mais ágeis os registros e as análises no setor, auxiliando os gestores e os profissionais de serviço no planejamento e na execução de ações.

Muitas mudanças práticas e conceituais vêm ocorrendo na vigilância sanitária. Até um passado recente, ela era mais conhecida principalmente por sua ação fiscalizatória e pelo **poder de polícia**⁶ que lhe é conferido. Hoje, no entanto, a vigilância sanitária ganhou uma nova feição e vem se impondo como uma importante prática de prevenção de riscos à saúde e promoção de qualidade de vida.

Com essa mudança, não basta produzir informações sobre a cobertura e a eficiência das ações de fiscalização. É preciso recolher e organizar dados capazes de mostrar a situação de saúde da população e de identificar os principais riscos a serem controlados por meio de ações preventivas nas várias áreas de atuação da Visa.

Entre outras coisas, o Sinavisa contém informações sobre o cadastramento dos estabelecimentos, tramitação de processos (solicitação e renovação de alvará, fiscalização, entre outros), sendo composto dos seguintes módulos: acesso, cadastro, ações, administrativo e gerencial.

Desde agosto de 2004, a responsabilidade de gerenciamento do Sinavisa é da Anvisa, por meio das Gerências Gerais de Gestão do Conhecimento e de Informação. Essa medida teve o objetivo de facilitar a implantação, complementação e funcionamento do sistema em todos os estados. Esse processo, que já vem se desenrolando há algum tempo, não é simples, pois é necessário reunir e tornar compatíveis os antigos sistemas que eram usados por estados e municípios.

glossário

Ação fiscalizatória: fiscalizar é verificar se tudo está sendo realizado como deveria ser. No caso da Vigilância Sanitária, as ações fiscalizatórias servem para verificar se os estabelecimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços estão cumprindo a legislação sanitária, de modo a reduzir riscos e assegurar a saúde do consumidor

Agravos de notificação compulsória: são danos à saúde ou doenças que devem ser obrigatoriamente comunicadas (notificadas) pelos profissionais de saúde ou por qualquer cidadão às autoridades sanitárias (geralmente aos órgãos de Vigilância Epidemiológica). A notificação permite que as autoridades planejem e executem as necessárias ações de controle e combate a essas doenças. Botulismo, cólera, dengue, febre amarela e Aids são alguns dos agravos definidos pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, como sendo de notificação compulsória em todo o território nacional.

Base de dados: bases (ou bancos) de dados são arquivos ou sistemas com uma estrutura regular que organizam informações, por exemplo, uma tabela composta por linhas e colunas. Uma base de dados serve para agrupar informações utilizadas com um determinado objetivo.

Cibernética: ciência que estuda os sistemas e mecanismos de controle automático, regulação e comunicação nos seres vivos e nas máquinas. O termo vem do grego, *kubernétikê*, e quer dizer a 'arte de governar'.

Código: conjunto de signos ou símbolos que possibilitam a construção e transmissão de mensagens. Signos e símbolos são objeto, formas ou fenômenos que remetem para algo diferente de si: a balança, por exemplo, significa a justiça; a cruz simboliza o cristianismo etc. A linguagem escrita é um código formado por letras, palavras e outros símbolos gráficos.

Declaração de Nascimento (DN): documento fornecido pelos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, no qual constam, necessariamente, informações sobre o parto e sobre o recém-nascido. A declaração, impressa e fornecida pelo Ministério da Saúde, é o documento básico do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sisnac) e pode ser preenchida por qualquer profissional do hospital, inclusive o médico. Com a segunda via deste documento, o responsável pelo bebê deve ir ao Cartório de Registro Civil mais próximo do local onde tenha ocorrido o parto. No cartório, de acordo com a Lei 9.534, de 11/12/1997, receberá gratuitamente a Certidão de Nascimento da criança que, a partir desse registro, ganha vida civil, ou seja, torna-se legalmente um cidadão.

Declaração de Óbito (DO): Documento gratuito entregue à família de todo cidadão após sua morte. Deve ser preenchido pelo médico que atestou a morte pessoalmente ou com base em informações prestadas por duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. Quando a morte ocorre devido a uma causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio) ou com suspeita de violência, a declaração é emitida pelo Instituto Médico Legal (IML) após necropsia. Uma cópia da Declaração de Óbito deve ser levada ao Cartório de Registro Civil mais próximo do local de ocorrência do óbito para que, então, seja feito gratuitamente o registro e que sejam emitidos os documentos legais que permitem o sepultamento e todas as outras providências que sejam necessárias: a “Certidão de Óbito” e “Guia de Sepultamento”. Uma outra cópia da Declaração de Óbito deve ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde.

Efetividade: significa fazer a coisa certa da maneira certa, ou seja, conseguir realizar realmente as mudanças propostas de maneira constante e duradoura. Pode ser entendida como a soma da eficiência e da eficácia e relaciona-se com o grau de modificação da situação/problema/desafio que originou a ação.

Eficácia: significa fazer as coisas certas, ou seja, alcançar os melhores resultados possíveis com relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa).

Eficiência: significa fazer as coisas bem, ou seja, utilizando os recursos disponíveis da melhor maneira possível.

Gestão em saúde: gestão é o ato ou efeito de gerir (gerenciar), administrar. Os gestores em saúde são as pessoas responsáveis por fazer o Sistema Único de Saúde funcionar da melhor forma possível, nas esferas federal, estadual e municipal, como o ministro e os secretários estaduais e municipais de saúde. Os administradores hospitalares, por exemplo, podem ser considerados gestores no âmbito dos serviços. Nas unidades hospitalares, eles são responsáveis pelo planejamento e coordenação da área de Recursos Humanos e pela implantação de rotinas de trabalho que melhorem o padrão de atendimento ao paciente. Entre outras coisas, os gestores em saúde devem coordenar, em conjunto com outros profissionais, os setores administrativo e contábil sob sua responsabilidade, planejando e executando o orçamento de sua instituição, unidade, setor ou departamento, implantando mecanismos de controle e garantindo a melhor utilização dos recursos.

Indicadores: informações produzidas periodicamente e com critérios constantes que revelam o comportamento de um fenômeno em um dado espaço de tempo.

Morbimortalidade: incidência relativa de uma doença e número de casos associado a determinadas causas de doença (morbidade) e de morte (mortalidade) de uma população. Por exemplo, a morbimortalidade devida aos acidentes de trânsito representa o número de casos de pessoas incapacitadas ou mortas em acidentes de trânsito.

Nascido vivo: todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respira ou apresenta outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta (OMS).

Nível de gestão: determina em que nível do sistema (local, municipal, estadual ou federal) o gestor atua. De acordo com a Lei 8.080, o SUS deve ser organizado como um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal. Isso acarreta a necessidade de um sistema de gestão com diferentes níveis de responsabilidades para os municípios, estados e governo federal. Para que o SUS funcione adequadamente, cada nível de gestão deve assumir seu papel constitucional e as competências determinadas pela legislação complementar, mantendo a articulação e a integração com os demais.

Poder de polícia: atribuição (ou poder) conferida à Administração Pública de impor limites ao exercício de direitos e de atividades individuais em função do interesse público primário. Ou seja, é o poder que o Estado tem de limitar as liberdades individuais em favor do interesse coletivo. No caso da Vigilância Sanitária, o Estado pode impedir que alguém ganhe dinheiro com a venda de produtos que fazem mal à saúde da população.

Saneamento básico: saneamento é o conjunto de medidas que, preservando ou modificando as condições do ambiente, têm a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde. O saneamento básico se refere ao abastecimento de água e à disposição de esgotos, podendo também incluir a coleta de lixo e o controle de animais e insetos (controle de vetores). Os objetivos das atividades de saneamento são: controlar e prevenir doenças, melhorar a qualidade de vida da população, melhorar a produtividade do indivíduo e facilitar a atividade econômica.

Sistema de Informação: é o nome de um conjunto de unidades de produção (coleta), análise e divulgação de dados, que podem ser usados como fontes de informação por instituições, programas ou serviços. Os sistemas de informação podem ser informatizados ou manuais.

Situação de saúde: é a combinação de circunstâncias de saúde num dado momento. Reflete o estado ou condição de saúde da população num determinado período. A situação de saúde permite verificar se uma determinada população está sendo beneficiada pelas medidas estabelecidas pelos gestores da área.

Unidade operacional: no caso da Saúde, unidade (posto, policlínica, centro, hospital etc.) que presta serviços de saúde à população, tendo como meta o bem-estar do paciente e de seu cuidador. As unidades básicas de saúde são locais onde as pessoas recebem atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Elas facilitam o acesso da população aos serviços de saúde, funcionando como porta de entrada do SUS.

referências bibliográficas

OLIVEIRA, Vítória Peres de. **Uma informação tácita**. In Revista de Ciência da Informação - v.6 n.3 jun/05.

FERREIRA, Sibebe Maria Gonçalves. **Sistema de Informação em Saúde**. In: Vigilância Sanitária - Cadernos de Saúde 4. CAMPOS, Francisco Eduardo. WERNECK, Gustavo. TONON, Lídia Maria (Orgs.). Belo Horizonte: COOPMED, p.91, 2001.

ROSA, Márcio Fernando Elias. **Direito Administrativo** - Coleção Sinopses Jurídicas, vol. 19, 3ª ed., São Paulo: Saraiva, p. 66, 2002.

ana júlia calazans duarte¹
gustavo azeredo furquim werneck²
sergio ferreira de menezes¹

No cotidiano, o homem encontra incontáveis situações que oferecem riscos, seja em casa, no trabalho - comércio, indústria, hospital, escola -, no meio de transporte ou nas áreas de lazer.

No processo produtivo, a transformação da matéria-prima gera inúmeros resíduos de várias ordens (sólidos, líquidos e gasosos) e, atualmente, convivemos também com a poluição sonora, visual e informacional, a exemplo da propaganda enganosa e dos vírus em mensagens de computador.

No mundo contemporâneo, induzidos pela ideologia do consumo que “transforma as coisas e as pessoas em objeto de compra” como diz Suely Rosenfeld (2000, p.16), consumimos, cada vez mais, produtos, serviços e tecnologias que ultrapassam, em várias ocasiões, nossas necessidades. Assim, com o crescimento da oferta de produtos e bens, crescem também os prováveis riscos e danos à saúde, considerando-se as dificuldades dos órgãos regulatórios em acompanhar e controlar essa incessante dinâmica da produção.

Apresentamos aqui reflexões acerca do risco em saúde, enfatizando a sua importância nos processos produtivos e no cotidiano das pessoas. Abordamos as relações que, historicamente, o homem estabelece com o meio em que vive, os conceitos fundamentais associados à noção de risco, a subjetividade que envolve a sua percepção pela população e a classificação mais usual dos riscos. Destaca-se, ainda, o enfoque específico da área de vigilância sanitária na proteção da saúde da população, além da importância dessas ações nos ambientes de trabalho, por meio de ações intersetoriais, com a identificação de parceiros nesse processo.

É preciso notar que não pretendemos esgotar este assunto, dada a vasta amplitude de conteúdo e mudanças colocadas pelo mundo contemporâneo, embora seja nossa intenção deixar mensagens para que o leitor possa discernir e perceber o quanto o assunto em questão é de responsabilidade de todos, especialmente, daqueles que participam das ações de vigilância e promoção em saúde.

o meio ambiente e risco olhares e sentidos diferenciados

Historicamente, o homem buscou maneiras de minimizar as conseqüências das intempéries (frio, calor, pressão, chuva) em sua vida, com a adoção de condutas e iniciativas para enfrentar os possíveis danos naturais.

Para se conhecer o risco presente nos processos que compõem o viver em sociedade hoje, é necessária ciência da complexidade do mundo moderno e a multiplicidade de ações que o envolvem. Nesse sentido, podemos citar, sem juízo de valor, o Projeto Genoma, os transgênicos e a incorporação de tecnologias de última geração, como a nanotecnologia.

Existem diferentes conceitos do que seria um risco, mas todos eles têm em comum a noção de probabilidade de ocorrência de algum evento. O risco assume, com freqüência, significado negativo em razão do efeito adverso que pode resultar de uma determinada ação. Entre os diferentes tipos de risco, podemos apontar o econômico, o ambiental e o risco de vida e saúde.

O termo é usado como significado de perigo ou ameaça, quando há possibilidade de um acontecimento causar danos não somente ao homem, mas também a outros animais e ao meio ambiente de um modo geral, com repercussões de ordem mundial.

Hoje, se a incorporação e o avanço tecnológico têm proporcionado maior conforto à população (ainda que para uma pequena parcela) e possibilidade de melhores resultados nos processos produtivos - fármacos, equipamentos eletrônicos, descartáveis, telecomunicações etc -, por outro lado, requerem maior atenção do poder público em ações de controle e vigilância.

Desses processos advêm resíduos - industriais, radioativos, domésticos e dos serviços de saúde - que são considerados sérios riscos à saúde ambiental e, por conseqüência, ao homem.

A “Revolução Verde”, ocorrida nos anos 50, lançava no mercado novas técnicas a serem utilizadas na agricultura, tais como o uso de fertilizantes, máquinas e pesticidas que tinham como objetivo o aumento da produção agrícola. Em contrapartida, desencadeou uma considerável poluição química, tendo como vítimas de envenenamento os agricultores, os consumidores e o meio ambiente.

Em países como o Brasil, onde a política de saneamento é um problema persistente, os resíduos sólidos crescem proporcionalmente ao volume de produção dos descartáveis (vários destes oriundos de rejeitos do petróleo), que se configuram como um sério desafio ambiental. A longa permanência e vida (in)útil desses resíduos redundam na ocupação de áreas cada vez mais extensas e raras nos centros urbanos. Em vários municípios brasileiros, os resíduos orgânicos e os de serviços de saúde são coletados e destinados a um mesmo local, sem distinção, tornando-se um atrativo para uma parcela mais carente da população, que vê neles possibilidade de consumo e sobrevivência imediata. Tais situações se traduzem em risco para a população, com diferentes potencialidades para a magnitude do dano sanitário e agravo ambiental.

Por fim, sabe-se que tragédias como enchentes, temperaturas elevadas, secas, efeito estufa e destruição do ozônio atmosférico, oceanos e praias poluídas, incêndio florestal, extinção de plantas e de animais, tão presentes na discussão ambiental, são situações de exposição a determinados riscos que ultrapassam o espaço de uma determinada região.

Nesse sentido, várias iniciativas vêm surgindo para enfrentar esses problemas, tais como o Mecanismo de Desenvolvimento Limpo (MDL), que foi criado como política ambiental no Protocolo de Quioto em 1997 e fixou metas de redução de emissões de gases de efeito estufa. O MDL define a participação de países emergentes ao incentivá-los a alcançar o desenvolvimento sustentável, assim como dos países desenvolvidos, que recebem incentivos à redução de emissões de gases.

reflexão:

Discussões sobre o **Protocolo de Quioto, efeito estufa, desenvolvimento sustentável** vêm ocupando amplo espaço na mídia. Pesquise o assunto e discuta-o com seu grupo, expressando suas opiniões sobre o tema. Quais são as implicações desses fatos no seu dia-a-dia?

Provocando reflexões:

- Você identifica áreas ou situações de riscos em seu município?
- Que ações do poder público foram desenvolvidas para minimizá-las?
- Existe envolvimento da população nestas ações?
- Você já vivenciou alguma situação extrema de calamidade pública?

a saúde e o risco: desafio constante

A percepção de um risco qualquer pode variar em função de aspectos socioculturais, tais como idade, renda, ocupação, gênero, valores, interesses, escolaridade etc. O nível de conhecimento ou informação sobre os distintos fatores presentes no meio ambiente influencia diretamente na forma como o risco é percebido e avaliado pela população. Isso pode ser ilustrado analisando-se a reação das pessoas diante de dois problemas distintos. A notícia de um acidente com trem ou avião freqüentemente causa grande comoção e pavor nas pessoas, mesmo sendo relativamente pequena a probabilidade de sua ocorrência. Essas mesmas pessoas reagem com indiferença e descaso diante de um diagnóstico

de hipertensão arterial, que é uma doença de alta prevalência, que causa complicações permanentes e morte em uma parcela significativa da população.

A associação da saúde com o risco relaciona-se à exposição aos diferentes fatores que podem proporcionar desequilíbrio orgânico, psíquico, físico, mental e social do ser humano. Portanto, o conceito de risco relaciona-se com uma determinada situação ou fator com efeitos adversos sobre o processo saúde-doença, configurando-se em situação de agravo indesejável.

Como a possibilidade de permanecer saudável ou ficar doente está condicionada a várias questões, fala-se que os determinantes para o adoecimento são multicausais. Fatores genéticos, ambientais e socioculturais podem ser decisivos nesses processos. Desta forma, um fator de risco é toda característica ou circunstância que acompanha um aumento da probabilidade de ocorrência do fato indesejado, sem que este fator tenha que intervir necessariamente em sua causalidade.

A vida moderna exige do homem a capacidade de realizar suas atividades rapidamente, impõe prazos e horários, cobra o bom desempenho em suas atividades produtivas, o que para alguns gera ansiedade, estresse, obesidade, hipertensão etc.

Convivemos num mundo de contradições. Se os novos produtos químicos trazem contribuições para o controle de vetores e insetos, outros estudos apontam o risco do uso de determinadas substâncias no ambiente doméstico como possível meio de intoxicação das pessoas, principalmente de crianças, idosos e animais domésticos.

Na água de consumo podemos encontrar particulados, invisíveis a olho nu, as quais se agregam microorganismos que podem causar diversas doenças denominadas de veiculação hídrica, sendo as mais comuns as verminoses (que se juntam às diarreias), a hepatite "A", o cólera. Já a escassez de água pode ocasionar esses agravos e ainda aqueles que dizem respeito à dificuldade da limpeza dos ambientes e aos cuidados com a higiene individual.

Se temos de viver com todas essas situações, em que

diferentes riscos estão presentes, devemos ter uma preocupação constante com a adoção de medidas que possam evitá-los ou minimizá-los. Observem-se, como exemplo, as campanhas que visam imprimir mudanças nos hábitos de vida das pessoas, sejam de controle de velocidade dos automotores nas estradas e do uso de bebidas alcoólicas, sejam de orientações quanto ao armazenamento e utilização de produtos tóxicos.

Podem ser observadas também, nos ambientes coletivos, assim como nos ambientes de trabalho, várias medidas que visam minimizar riscos para a saúde das pessoas, como a criação de áreas restritas para fumantes, a instalação de proteção de escadas, de sinalização indicativa em áreas escorregadias e de atenção para a diferença de nível no piso, entre outros.

É necessário, portanto, trabalhar sempre com ações de promoção e prevenção para a manutenção da saúde das coletividades em equilíbrio.

Conhecendo as atribuições e responsabilidades do poder público podemos contribuir para minimizar os riscos para a saúde dos indivíduos e da população. Vejamos onde e como a Vigilância Sanitária atua no controle de risco e agravos à saúde.

Provocando reflexões:

- Quais as principais atividades econômicas desenvolvidas no município - industrial, agrícola, turística, comercial, serviços. Você identifica riscos nesses processos de trabalho?
- Quais os principais riscos à saúde da população em seu município?
- Qual a origem e tratamento da água de consumo da sua comunidade?
- Existe material educativo/informativo que aborde temas que são agravantes à saúde da população? Caso exista, o material é de fácil acesso para a população?

classificação e mapeamento dos riscos

No ambiente de trabalho deparamos com vários tipos de riscos relacionados ao uso de máquinas, contato com substâncias químicas, exposição a resíduos, temperaturas altas ou muito baixas etc. Dessa forma, o processo produtivo pode gerar riscos em qualquer momento, podendo afetar tanto a saúde do trabalhador como o ambiente.

Para facilitar a compreensão e a adoção das medidas de controle específicas, são utilizadas diferentes formas de classificar os riscos. No campo da saúde, a classificação mais conhecida vem do Programa de Saúde do Trabalhador, que nos ambientes de trabalho divide os riscos em físicos, químicos e biológicos, além de riscos ergonômicos e riscos de acidentes, considerando a possibilidade de causar danos à saúde dos trabalhadores.

A partir de 1992, o mapeamento de riscos em ambientes de trabalho tornou-se obrigatório no Brasil, de acordo com a Norma Regulamentadora nº 5 do Ministério do Trabalho: cada empresa deve identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores.

Esse mapeamento consiste em um levantamento dos locais de trabalho, apontando-se os riscos que são sentidos e observados pelos próprios trabalhadores, sendo representado graficamente por círculos de cores e tamanhos proporcionalmente diferentes, padronizados, de modo que possa ser entendido por todos os trabalhadores.

Essa mesma metodologia vem sendo adaptada pelos serviços de saúde em seus diferentes níveis. A classificação pode ser ampliada e adotada para a população e os ambientes externos em geral, considerando-se a população exposta e o tipo de risco presente no ambiente.

Quadro 1. Tipos de riscos presentes no ambiente e formas de exposição.

riscos	exemplos	situação de exposição	
		cotidiano	trabalho
físicos	Ruídos, vibrações, radiações ionizantes, frio, calor, pressões anormais, umidade.	Trânsito; bares ou botequins; casa de shows.	Uso de máquinas; aeroportos.
químicos	Poeiras, fumos, névoas, bases, vapores e substâncias químicas em geral.	Consumo de hortaliças e frutas; alimentos com conservantes usados por crianças e idosos.	Lavoura de tomate; garimpo; aplicação de produtos para controle do <i>Aedes aegypti</i> .
biológicos	Vírus, bactérias, protozoários, animais peçonhentos, fungos.	Hepatite A veiculada pela água de consumo.	Hepatite B veiculada pelo contato com material biológico.
ergonômicos	Esforço físico, levantamento de peso, exigências de postura inadequada, controle rígido de produtividade, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade, imposição de ritmos intensivos, situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico.	Carregar água; lavar e passar roupa.	Cozinhas industriais (escolas e hospitais); digitadores; excesso de peso.
acidentes	Arranjo físico deficiente, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, eletricidade, perigo de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, outras situações de risco que poderão contribuir para acidente.	Quedas de crianças e idosos; ingestão de produtos; incêndio por uso de materiais perigosos.	Trauma; queda; explosivos.

Fonte: Adaptado da NR5 - MT 18/04/94

ação de vigilância sanitária e o controle dos riscos

Historicamente, a Vigilância Sanitária é mais conhecida pelo seu caráter normativo e fiscalizatório, diga-se, pelo seu poder de polícia do que por sua atribuição de proteção e vigilância à saúde das coletividades. A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), ao introduzir o conceito de risco na concepção de Vigilância Sanitária, trouxe um avanço conceitual e de exercício nesse campo histórico da saúde. Paralelamente, a publicação

do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) possibilitou aos consumidores exercerem seu direito à cidadania ao propiciar acesso às informações de riscos decorrentes do consumo de serviços, bens e produtos.

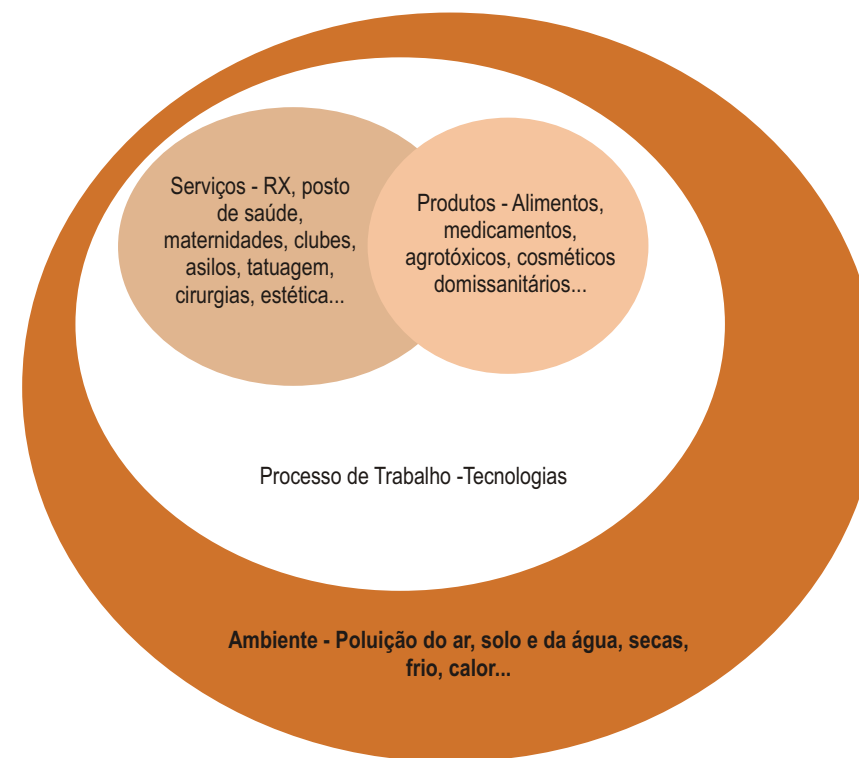
Mesmo antes de o conceito de risco se estabelecer como elemento nas ações de vigilância em saúde, já se trabalhava com regras que tinham por objetivo proteger a saúde das pessoas. Essas regras poderiam visar a um possível dano ou ameaça e também à ocorrência de uma situação imprópria para a saúde, que poderia estar relacionada a um determinado fator.

Costa e Rosenfeld consideram que as ações de Vigilância Sanitária incorporam distintos sentidos dentro da noção de risco, tais como o de perigo ou ameaça de agravo ligado a elementos da vida cotidiana; ou o sentido epidemiológico marcado pela probabilidade de ocorrência de eventos adversos relacionados a objetos submetidos a controle sanitário.

Assim, torna-se claro que os riscos à saúde ocorrem em várias situações do nosso cotidiano, por exemplo, ao consumirmos alimentos, utilizarmos medicamentos, vacinas, hemoderivados, saneantes, cosméticos e agrotóxicos. Esses riscos são originários de várias situações, como falhas na fabricação, na manipulação, conservação, transporte, fraudes dos fabricantes, comerciantes e atitudes ilegais de prestadores de serviço.

Quando se trabalha com o conceito de risco, devemos ficar atentos à oferta de produtos e serviços, já que os mesmos podem oferecer nocividade e prejudicar a saúde do homem e o meio ambiente. Nocividade, nesse caso, significa o que prejudica ou causa dano. Vejamos o esquema abaixo, no qual encontramos simbolicamente a interação entre as áreas de abrangência da Vigilância Sanitária e as situações de risco presente.

Outra área de suma importância para a vigilância sanitária são os portos, aeroportos e as fronteiras, dado o fluxo de potenciais comunicantes - pessoas, animais e vegetais - que circulam nestes ambientes. Dessa forma, também é imprescindível prever ações de controle sanitário nos portos, aeroportos e fronteiras com o objetivo de proteger a população dos riscos provenientes da circulação de mercadorias e produtos, assim como a proteção aos produtos em circulação, interna e externa ao território nacional, prevenindo possível introdução de doenças.



Áreas de Abrangências da Vigilância Sanitária e Exposições a Riscos

da precaução sobre os riscos à promoção da saúde

Desde a Carta de Ottawa, os profissionais da saúde têm o conceito de promoção como o trabalho por mudanças do modo de viver de indivíduos e de fatores ambientais com a intenção de melhorar a qualidade de vida da população. Já o conceito de prevenção acrescenta ao conceito de promoção o objetivo de impedir ou reduzir o risco de doenças (Arkerman, 2000).

A **Carta de Ottawa** foi elaborada ao final da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, e representou um marco importante, ao afirmar que as condições e os requisitos para a saúde são a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Nela conceituava-se a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Esses conceitos se difundiram e vêm sendo adotados em todo o mundo com a intenção de melhorar as condições de vida e proteger a saúde das pessoas perante os diferentes fatores de risco existentes. Portanto, reconhecer a existência da possibilidade da ocorrência de danos e a necessidade de sua avaliação com base nos conhecimentos já disponíveis passou a ser um grande desafio para toda a comunidade científica mundial.

Nesse contexto, a adoção do Princípio da Precaução trouxe avanços importantes ao propor ações que se antecipam aos riscos, em forma de dano ou ameaça às populações. Diante das incertezas da ciência, tornou-se fundamental agir sobre as possibilidades dos riscos, mesmo que os protocolos científicos ainda não fundamentem tal risco. Podemos nos referir ao consumo de produtos originários das inovações tecnológicas, como exemplo de desafios a este princípio.

Precisamos estabelecer redes de comunicações como medidas que ampliem nossa capacidade de produção de conhecimentos. Um Sistema de Informação em Saúde representa uma importante ferramenta para melhorar a qualidade das atividades exercidas pelos profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, técnicos de VISA, etc.), na medida em que permite identificar situações de risco no seu território de atuação, propiciando-lhes desencadear ações de controle e intervenção.

Por exemplo, a notificação de casos de dengue por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) possibilita a identificação do local de contágio e a presença do mosquito *Aedes aegypti*; a identificação de casos de intoxicação por agrotóxico se relaciona com o trabalho na agricultura e contato com o produto; a notificação de uma toxinfecção alimentar nos informa sobre as más condições de preparo, conservação e consumo dos alimentos e assim por diante.

Todas as informações sobre produtos registrados e empresas se tornam de interesse da Vigilância Sanitária pela sua ação fiscalizadora. Um sistema de informação organizado proporciona uma visão mais detalhada sobre os serviços, produtos e ambiente que estão sujeitos a essas ações, assim como o estado de saúde de uma população. Diante disso, é importante que haja uma articulação e um fluxo eficiente de informações entre os serviços de saúde e a Vigilância Sanitária, para que esta possa realizar o monitoramento dos fatores de risco à saúde da população, possibilitando, assim, a constante prontidão para desencadear ações de controle.

O monitoramento é um instrumento utilizado na Vigilância Sanitária com o objetivo de identificar riscos de agravos, garantindo, dessa forma, a qualidade

dos produtos, serviços e ambiente. Introduzido recentemente na prática de campo das atividades de saúde, tem como significado “acompanhar, avaliar e controlar mediante acompanhamento” (COSTA, 1999).

É importante salientar que, para obtermos resultados satisfatórios nas ações preventivas, a articulação intersetorial se faz necessária. A ação intersetorial se dá através do efetivo envolvimento dos diversos órgãos governamentais e não-governamentais, objetivando a atuação sobre os problemas encontrados, promovendo intervenções específicas e estimulando envolvimento da população nos processos.

A troca de informações entre a Vigilância Epidemiológica (que monitora os agravos); a Vigilância Sanitária (que controla a qualidade dos bens e serviços consumidos pela população) e a Vigilância Ambiental (que monitora os riscos ambientais) poderá propiciar a melhoria na qualidade das intervenções a serem desencadeadas.

A identificação de situações de risco ou perigo no meio ambiente que poderão causar doenças, incapacidades ou mortes é definida como “Vigilância Saúde em Ambiental”. As informações colhidas são necessárias para tomadas de decisões e ações a serem adotadas na prevenção e controle das doenças ligadas ao ambiente e fazem parte da Epidemiologia Ambiental, que verifica e aplica os estudos sobre a relação entre ambiente e saúde por intermédio da utilização de informações sobre fatores de risco existentes (químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossociais); características do ambiente que podem causar interferência na saúde da população; e pessoas expostas a efeitos adversos à saúde (doenças e acidentes).

Firmada a compreensão de que o risco é algo sob o qual não se tem um controle absoluto (metodologicamente há previsibilidade, probabilidade e até os riscos não calculados), torna-se claro que é imprescindível ao trabalhador da saúde saber identificar, reconhecer e ter iniciativa de intervir na presença de riscos para a saúde humana.

reflexão:

Identifique em seu município os Serviços da Vigilância (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) para que os trabalhadores de saúde possam referir as situações de risco identificadas.

Um município recém-emancipado possuía uma estrutura precária, principalmente pela falta de saneamento. Não havia água encanada ou rede de esgotos. A população de pouco mais de 30.000 habitantes utilizava poços artesianos como recurso para o abastecimento de água, e o esgotamento sanitário era feito através de fossas sépticas, o que levou a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a realizar um levantamento da situação sanitária do município (inquérito sanitário).

Certa ocasião, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e o Setor de Saneamento do município foram acionados para investigar um caso de três alunos de uma escola municipal que haviam contraído Hepatite A, doença cuja transmissão se dá através da ingestão de água ou alimentos contaminados por fezes (transmissão oral-fecal).

Primeiramente, foi realizada uma visita à escola, tendo como objetivo iniciar uma investigação para se localizar a possível fonte de contágio, onde:

- 1) foram colhidas amostras da água do poço ali localizado;
- 2) foi realizada entrevista com a diretora da escola;
- 3) foram realizadas entrevistas com as crianças.

A análise da água estava dentro dos padrões de potabilidade e sem contaminação por coliformes fecais.

A partir das entrevistas descobriu-se que as crianças eram primas e moravam em casas separadas que, mesmo sendo no mesmo bairro, eram distantes umas das outras.

O passo seguinte foi a visita dos técnicos da Vigilância Sanitária e da Vigilância Epidemiológica, acompanhados de técnicos de laboratório, às residências das crianças doentes. Foram colhidas amostras de água dos poços das residências das crianças, mesmo com a informação de que aquela água não era utilizada para banho ou preparo de alimentos. A análise desta água comprovou o alto teor de

ferro, mas não havia contaminação por coliforme.

Seguindo a investigação, constatou-se que, por considerarem a água “muito ferruginosa”, os pais das crianças, que eram pedreiros e trabalhavam na construção de um condomínio localizado em outro bairro da cidade, levavam água desse lugar para consumo das famílias (banho e preparo de alimentos), pois a água do poço desse condomínio era “límpida e transparente”.

A equipe da Secretaria Municipal de Saúde seguiu para o referido condomínio e realizou mais uma coleta de água. Ao mesmo tempo constatou-se que o banheiro, construído para uso dos trabalhadores, ficava a menos de 10 metros do poço.

A análise desta água apresentou alto índice de coliformes fecais, constatando-se que ela estava imprópria para o consumo.

Questões:

- 1) Você acrescentaria mais algum instrumento na investigação?
- 2) A integração dos setores foi suficiente?
- 3) Existiriam outros órgãos ou setores dentro do município que deveriam ser acionados e que poderiam contribuir para melhoria dessa situação?
- 4) Quais os riscos que podem ser identificados nesse caso?

glossário

Agentes patogênicos: que causam doenças.

Agravo: doença.

Agrotóxicos: produtos utilizados no combate às pragas das lavouras e aos vetores.

Coliformes fecais: bactérias presentes nas fezes.

Conformidade: concordância.

Cosméticos: qualquer produto utilizado para conservação, limpeza ou maquiagem da pele.

Disseminação: propagação, difusão.

Doenças infecciosas: doenças do homem ou dos animais resultantes de uma infecção.

Doenças parasitárias: doenças do homem ou dos animais resultantes da instalação de um parasita em seus organismos.

E-mail: mensagens enviadas por meio eletrônico (internet)

Empresas desinsetizadoras: que promovem combate às pragas e vetores pelo uso de inseticidas e similares.

Fertilizantes: adubos orgânicos ou químicos.

Hemoderivados: produtos derivados do sangue.

Matéria-prima: toda substância em estado bruto antes de ser transformada na sua estrutura física, química ou biológica.

Nanotecnologia: tecnologia que tem como princípio básico a construção de estruturas e novos materiais a partir dos átomos. Está associada a diversas áreas, como a medicina, eletrônica, ciência da computação, física, química, biologia e engenharia dos materiais, para pesquisa e produção na escala nano (escala atômica).

Pesticidas: produto utilizado no combate às pragas.

Potabilidade: característica do que é apropriado ao consumo.

Prevalência: número de casos de uma doença existentes em um determinado momento numa comunidade.

Probabilidade: é uma das muitas palavras utilizadas para eventos incertos ou conhecidos, sendo também substituída por algumas palavras como "sorte", "risco", "azar", "incerteza", "duvidoso", dependendo do contexto.

Processamento: modo como se realiza uma operação, segundo determinadas normas ou técnicas.

Produção: aquilo que é fabricado pelo homem, especialmente por seu trabalho associado ao capital e à técnica.

Produto: resultado da produção.

Projeto Genoma Humano: é um

projeto internacional, iniciado em 1990, que tem como principal objetivo desenvolver o mapeamento dos genes no DNA das células do corpo humano.

Resíduos: tudo aquilo que resta de processo tecnológico, seja sólido, líquido ou gasoso.

Saneantes: produtos relacionados à limpeza e desinfecção.

Serviços: qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração.

Tecnologia: conjunto de conhecimentos científicos que se aplicam a um determinado ramo ou atividade.

Transgênicos: são organismos que, mediante técnicas de engenharia genética, contêm material genético de outros organismos.

Vetores: seres invertebrados nos quais se passa, obrigatoriamente, uma fase de desenvolvimento de um agente etiológico, levando à transmissão de uma determinada doença.

referências bibliográficas

AKERMAN, M., MENDES, R., BOGUS, CLÁUDIA M. et al. *Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável"*. Rev. Saúde Pública, out. 2002, vol. 36, n. 5, p. 638-646. ISSN 0034-8910.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Textos de epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde/Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho. *Norma Regulamentadora nº 5*. 1994.

BRILHANTE, O. M., CALDAS, L. Q. *Gestão e Avaliação de Risco em Saúde Ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CARVALHO, S. R. *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. Ciência e saúde coletiva, v. 9, n. 3 jul./set., 2004.

CASTIEL, LD. *Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CATÁSTROFE sanitária. *Época*, São Paulo, Globo, n. 389, p. 13, 31 out. 2005.

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

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em Vigilância Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

GUILAM, M. C. R. *O conceito de risco: sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais*. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br>> acesso em 02 nov. 2005.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária - os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil*. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - Curso de Doutorado em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, 2001.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003.

O GOVERNO vacila, a sociedade avança. *Época*, São Paulo, Globo, n. 363, p. 50, 02 maio 2005.

ROSENFELD, S. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SILVA, C. C. A. *Percepção de risco à saúde*. São Paulo: CETESB, 2004.