



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental
Curso de Formação Geral

Vigilância Sanitária e Arte:

Uma alternativa de disseminação de práticas e saberes

por

Fabricio Alvares Gabriel

Ana Júlia Calazans Duarte

Ilva Niño

(orientadoras)

2005

**“Tente
E não diga que a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida
Tente outra vez”**

(Raul Seixas/ Paulo Coelho/ Marcelo Motta)

Sumário

1. Introdução
2. Entendendo a atual conformação da Vigilância Sanitária no Brasil
 - 2.1. Marcos históricos da Vigilância Sanitária
 - 2.2 A História da Vigilância Sanitária no Brasil
 - 2.3 A Vigilância Sanitária na Atualidade
 - 2.4 A Educação Sanitária para a construção de uma Consciência Sanitária
3. A Arte na educação sanitária por meio da arte-educação
4. Uma Experiência Prática da Arte na Educação Sanitária
 - 4.1Elaboração das oficinas
 4. 2 A Realização da Primeira oficina
 4. 3 A realização da segunda oficina
5. Considerações finais

1. Introdução

Este trabalho surge da necessidade de se compreender o modelo de atuação da Vigilância Sanitária no Brasil, historicamente calcado no poder de polícia, bem como reconhecer a importância da participação popular como potencial alternativo para o controle social sobre as suas áreas de abrangência (produtos, serviços de interesse a saúde e saúde ambiental e do trabalhador). Todavia para viabilizar a criação de espaços onde a população possa se expressar é necessário a construção de uma consciência sanitária. Mas como contribuir para isto? Nesta pesquisa optamos pela Arte, sendo esta vista como provável mediadora entre a Vigilância Sanitária (VISA) e a realidade das pessoas.

Assim, refletimos e discutimos a importância da educação sanitária para garantir maior efetividade nas ações da VISA, além de identificarmos na arte-educação aspectos que demonstraram a viabilidade do estudo.

Realizamos um levantamento bibliográfico para revisar as bases teórico-conceituais sobre a Vigilância Sanitária e a Arte-Educação. Outra etapa foi a realização de duas oficinas com alunos da habilitação de Vigilância Sanitária da Escola Politécnica/Fiocruz, visando coletar dados e apreciá-los com dispositivos analíticos de modo qualitativo, conforme Minayo (1994), do processo de produção coletiva. A elaboração das oficinas contou também com as idéias dos alunos acerca da VISA e da Arte colhidas por meio de questionário.

Como resultado, temos as oficinas que possibilitaram demonstrar que a arte pode ser uma grande parceira da educação sanitária e logo, também da Vigilância, pois os alunos tanto no papel de criadores como de espectadores do trabalho artístico, evidenciaram um melhor entendimento e aproximação das questões da VISA, e não um simples decorar de conceitos. Por fim, consideramos que a Arte, como foi desenvolvida nesta pesquisa, embasando-se nas idéias de arte-educação, mostrou-se favorável e contribuinte ao processo de educação sanitária e da construção de uma consciência sanitária. Este trabalho não pretende ser modelar ou um padrão de ações educativas e sim um estímulo para

que outros profissionais da Saúde Pública recriem e inovem no seu processo de trabalho novas formas de se disseminar práticas e saberes, que diminuam a vulnerabilidade da população na relação produção-consumo, assim tornando a atuação da Vigilância Sanitária mais efetiva.

2. Entendendo a atual conformação da Vigilância Sanitária no Brasil

2.1. Marcos históricos da Vigilância Sanitária

As ações de Vigilância Sanitária representam a forma mais antiga de existência da Saúde Pública. As sociedades, desde longínquas eras e sob as mais variadas formas de organização e produção da vida social, buscam desempenhar um certo controle acerca dos elementos fundamentais à vida do coletivo e sobre os fatores de risco à saúde e à vida (CAMPOS et al, 2001).

Povos da Antigüidade Clássica, que tinham a saúde como de grande importância à dignidade humana, já adotavam medidas de controle sanitário em relação ao exercício da medicina e farmácia, ao meio ambiente, aos medicamentos, aos alimentos e, até mesmo, a perfumes, expressando preocupações com a qualidade dos produtos e com as práticas abusivas e desonestas por parte de comerciantes, produtores e profissionais que tratavam da saúde. Bons exemplos disso são: os preceitos estabelecidos nos códigos Hamurabi (babilônio) e Ur-Namu (hindu) em relação à conduta dos responsáveis por tratar das doenças, as descobertas arqueológicas que revelaram possuir o homem, já no século XVI a.C., destreza para produzir drogas, atribuindo-lhe prazos de validade, e a lei que na Índia, em 300 a.C., proibiu a adulteração de alimentos, medicamentos e perfumes.

As intervenções e ações voltadas para a solução desses problemas segundo Rozenfeld (2000), desde este período da história da humanidade, já eram de responsabilidade da administração de cada cidade, o que indica, como conclui, ser a proteção da saúde função do Poder Público.

Na Idade Média, constata-se apreensões de alimentos estragados, edição de leis, inspeção prévia de animais a serem abatidos para o consumo humano, sanções para as irregularidades, médicos licenciados e outros acontecimentos que vieram a contribuir com a evolução das ações sanitárias. Todavia merece destaque a intensa regulamentação, dotada de instrumentos punitivos, que se estabeleceu nas cidades medievais pretendendo melhorar suas condições higiênico-sanitárias e de saneamento, não obtendo muito sucesso, e o surgimento da vigilância dos portos em Veneza no ano de 1348, visando evitar a entrada de doenças (epidemias) na cidade por meio de embarcações, cargas e passageiros.

Com o fim do feudalismo no século XV, sistema econômico, social e político da Europa Ocidental por toda a Baixa Idade Média, inicia-se a conformação de uma nova ordem.

Na Renascença, o Estado, com a firmação da Medicina Científica, passa a combater todas as outras formas de cuidado à saúde consideradas leigas, que são intituladas como charlatanismo.

É a partir do século XVI, com a configuração de uma economia mercantil e a ascensão da classe burguesa, que se forma o Estado Moderno, trazendo consigo as noções de Estado, Governo, Nação e Povo, e assumindo um caráter político absolutista. O trabalho durante este regime era considerado a principal fonte de riqueza e os feitos em relação à saúde da população se norteavam pelo raciocínio de que estando esta numerosa, bem cuidada e controlada, o poder e a riqueza nacionais tenderiam a aumentar.

No século XVIII, ainda neste contexto, surge as estatísticas populacionais e o conceito de polícia médica. Este último se alastrou por países europeus através da obra de Peter Frank, que, como diz Rozenfeld (2000), ordenava os problemas em um sistema de higiene pública e privada, atribuindo ao Estado a tarefa de compor e aplicar um código de leis de promoção e manutenção da saúde.

Com a Revolução Francesa a saúde passa a ser um direito constitucional, estando presente na Constituição francesa de 1791. Com isso, segundo Costa (1999), assegurou-se a todos o direito à assistência e atribuiu-se ao Estado a

responsabilidade pela prestação desses serviços e o dever de proteger a Saúde Pública.

A noção de polícia médica, sustentada pelo Antigo Regime, torna-se superada no começo do século XIX com a consolidação do Estado Liberal e a conquista do poder pela burguesia configurando a nova ordem político-econômica. No entanto, além de restar a noção de sistematização das tarefas administrativas e de fiscalização do cumprimento das normas sanitárias, originou-se do conceito de salubridade surgido no final do século XVIII, a noção de higiene pública, como controle político-científico do meio.

As práticas sanitárias tiveram um grande avanço no século XIX com a ampliação e inovação do conjunto de instrumentos que as fundamentava. Consta-se disso mediante o alargamento do campo da regulamentação motivado pela industrialização intensa, a, conseqüente, emissão de normas impulsionada pelo caráter do Estado Moderno, pelo desenvolvimento científico e tecnológico, pelas forças produtivas e pela evolução da luta de classes e a criação de institutos de pesquisa e de laboratórios de saúde pública.

Um marco a ser destacado no final do século retrasado foi a crescente produção de alimentos e medicamentos nos Estados Unidos acompanhada por uma série de denúncias de produtos fraudados e de uso abusivo de conservantes. Diante das análises laboratoriais, que foram divulgadas, a população foi à luta reivindicando providências em prol da proteção à saúde, o que culminou, no início do século XX, em vasta legislação de controle. A partir deste episódio, em vários países, acontecimentos indesejáveis, como tal, passaram a ser motivadores de reformulações nas normas sanitárias e em outras normas relacionadas à saúde.

A tragédia da talidomida, na década de 1960, que consistiu no nascimento de milhares de crianças com deformações nos membros, marcou mundialmente a regulamentação sanitária. Com isso, além da criação de órgãos nacionais de controle em muitos países e da publicação de ampla legislação visando à segurança dos produtos, inicia-se uma fase em que o fabricante é responsável pela qualidade de seus produtos e o monitoramento de efeitos adversos, principalmente de medicamento, torna-se comum em países desenvolvidos.

Posteriormente à Segunda Guerra Mundial, nasce a OMS – Organização Mundial de Saúde – que proclama ser a saúde um dos direitos humanos fundamentais. Este órgão vem fomentando o aprimoramento da legislação sanitária e de práticas do campo da Vigilância. Em nível internacional esta legislação vem facilitando muito as trocas comerciais.

2.2 A História da Vigilância Sanitária no Brasil

No Brasil-Colônia o modelo de controle sanitário em vigência era baseado no da Metrópole – Portugal, dando destaque para a necessidade de se regularizar os ofícios de físico, cirurgião e boticário e de se obter ganhos com arrecadações. As intervenções no âmbito da higiene pública (limpeza das cidades, controle da água e do esgoto, comércio de alimentos, abate de animais e vigilância portuária) eram de responsabilidade das Câmaras Municipais. Ainda que de forma precária, houve no Brasil, desde o século XVI, ações de fiscalização e punitivas.

Com a vinda da família real portuguesa, o Brasil passou por profundas transformações e uma dessas foi a abertura de seus portos às nações amigas, o que, conseqüentemente, levou a um aumento do fluxo de embarcações e da circulação de passageiros e cargas sobre o território colonial. Assim, para se evitar a ocorrência de epidemias e fazer com que os produtos brasileiros tivessem uma boa aceitabilidade no mercado internacional era necessário a implementação de medidas visando o controle sanitário nas cidades portuárias. Estas medidas se caracterizavam por uma postura fiscalizadora, julgadora e punitiva, tendo as autoridades o poder de tributar e recolher taxas sobre os serviços referentes.

Em 1810, é posto em prática o Regimento da Provedoria que, se fundamentando na noção de polícia médica (difundida na Europa), estabeleceu a fiscalização de abatedouros, açougues públicos, boticas, drogas e medicamentos; o controle de alimentos; normas para o controle sanitário portuário; e a inspeção e os exames visando conceder a licença para a prática da medicina e da farmácia. No entanto estas ações se concentravam na sede do governo, assim não tinham um largo alcance pelo território brasileiro.

Com a municipalização dos serviços sanitários após a Independência, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro formulou com o apoio da Sociedade de Medicina e Cirurgia (criada em 1829) o Código de Posturas, que foi promulgado em 1832, estabelecendo normas para pântanos e águas infectadas, doenças infecciosas, cemitérios e enterros, abatedouros, currais, açougues e gêneros alimentícios, para o controle de medicamentos, para o exercício da medicina e da farmácia, para hospitais, casas de saúde e fábricas. Para as fábricas também foi implementada a licença como forma de controle.

A estruturação das ações sanitárias no Brasil durante a Monarquia, com o passar do tempo, sofreu reformulações e teve suas funções ampliadas, mas de acordo com Rozenfeld (2000, p. 24):

A nação brasileira que veio se formando, desde a Colônia, se caracterizou por imensas desigualdades sociais, pela manutenção de um quadro sanitário negativo para a maioria da população e pela edição de muitas leis e normas sem observância das mesmas. E por sistemas de saúde que vão se estruturando essencialmente voltados para a doença, com imenso descaso pelas medidas de cunho preventivo e coletivo e de promoção da saúde.

No final do século XVIII, nos últimos anos do Império, visando garantir a exportação dos produtos nacionais e atrair mão-de-obra estrangeira para suprir a demanda na agricultura, as cidades portuárias passaram por melhoras.

Com adoção da República como novo regime político do país deu-se início a constituição de órgãos de Vigilância Sanitária nos estados. O governo federal ficou responsável pelos estudos das enfermidades, pelas estatísticas demográfica e sanitária, pelas intervenções profiláticas, pela análise de substâncias importantes, pela fiscalização da prática profissional da medicina e da farmácia e pelo controle de doenças na capital, nos portos e na fronteiras. É nesse contexto que o saber médico e bacteriológico ganham valor.

As doenças epidêmicas, que sempre foram uma ameaça ao comércio portuário no Brasil, constituíram-se em um problema para a elite burguesa, principalmente, porque comprometiam a exportação dos produtos nacionais (gêneros alimentícios e produtos extrativistas), exterminavam os trabalhadores e

afugentavam a mão-de-obra estrangeira, desacelerando o processo de acumulação de capital. Um exemplo clássico de medidas tomadas para solucionar este problema foi a reforma urbana promovida pelo prefeito Pereira Passos no estado da Guanabara (Capital Federal) – atual cidade do Rio de Janeiro – com a ajuda do então presidente, Rodrigues Alves, seguida das ações de Oswaldo Cruz, que culminaram no episódio da Revolta da Vacina, mas mesmo assim, além de surtirem efeito com a erradicação de doenças como a febre amarela e a varíola, fez com que as pessoas entendessem, ainda que depois de toda a confusão, a importância da vacinação.

Mesmo, com uma Constituição que se quer discorria sobre a saúde, no Brasil os estados passaram a ter um Código Sanitário próprio desde 1889, antes mesmo de o país possuir um Código Sanitário de nível federal.

Na década de 1920 a forma como Estado intervem sobre a saúde sofre mudanças passando esta a se desenvolver em duas vertentes: um modelo de assistência curativa-individual, destinada a cuidar da força de trabalho e um modelo sanitário, campanhista, voltado para o controle de novos elementos, fundamentais ao processo industrial. É no início desta década que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em substituição da Diretoria Geral de Saúde Pública (criada em 1987).

Em 1923 foi publicado o Decreto nº 16.300, que se configurou como Regulamento Sanitário Federal abarcando toda a vida social na questão sanitária. Além de estabelecer as atribuições do DNSP e de outros órgãos, normatizou sobre:

controle do exercício profissional; licenciamento prévio de farmácias, drogarias, laboratórios, ervanários e fábricas de medicamentos; licenciamento ou fiscalização de produtos farmacêuticos, soros, vacinas e produtos biológicos, desinfetantes, produtos de higiene e toucador, águas minerais naturais, com propriedades farmacêutica; inspeção sanitária dos empregados domésticos, das amas-de-leite e de estabelecimentos comerciais; fiscalização de estabelecimentos destinados à infância, maternidades, hospitais, consultórios, escolas, creches e outros; fiscalização de mananciais, e análise das águas de abastecimento; domicílios, lugares e logradouros públicos, fábricas, oficinas,

estabelecimentos comerciais e industriais, mercados hotéis e restaurantes; fiscalização de gêneros alimentícios, inclusive de corantes e edulcorantes; defesa sanitária marítima e fluvial, e inspeção médica de imigrantes (ROZENFELD, 2000, p. 27).

Este Regulamento aderiu a seu texto a expressão vigilância sanitária, atribuindo-lhe a idéia de controle sanitário de pessoas doentes, ou suspeitas de enfermidades transmissíveis, e de estabelecimentos e lugares, e foi o ponto de partida para a configuração de todo o quadro de realizações voltadas para o controle sanitário a partir deste momento. Claramente, estas medidas se desenvolveram passando por transformações e acompanhando a evolução da Saúde Pública, da ciência e tecnologia e da sociedade.

O contexto político do país na década de 30 conhece uma nova estruturação, saindo de cena a forma de poder adotada na Primeira República e se estabelecendo o Estado Novo de caráter forte, populista, autoritário e centralizador, tendo à sua frente o presidente Getúlio Vargas. Neste período houve, também, um crescimento da economia industrial com a adoção do modelo de substituição de importações. As estruturas de Saúde Pública não ficaram para trás, passando por várias reformas, sendo a criação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM), da Comissão de Revisão da Farmacopéia e da Comissão de Biofarmácia algumas destas. Outros fatos importantes desta década foram a crescente normatização no campo dos medicamentos, soros e vacinas, a adoção de uma Política Nacional de Saúde, seguindo dois caminhos: a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária e, finalmente, a edição das Constituições Federais de 1934 e 1937 que fizeram referência à saúde, mas a considerou como um direito apenas dos trabalhadores do mercado formal.

No início dos anos 40 houve a regulamentação da propaganda dos profissionais de saúde e de produtos farmacêuticos, foi reafirmado por Decreto-Lei que dar e comercializar gêneros alimentícios fraudados era crime, sujeitando o infrator a penalidades previstas no Código Penal, e o controle dos entorpecentes ganhou uma norma própria.

Com a saída de Vargas do poder, em 1945, entra em vigência um regime democrático populista (que se estenderia até 1964) com um modelo econômico norteado para o progresso industrial e caracterizado por um intenso incentivo ao capital multinacional. Uma nova Constituição é promulgada mantendo a idéia de saúde anterior e surge o Regulamento da Indústria farmacêutica (Decreto nº 20.397/46).

A década de 50 se caracterizou por notáveis acontecimentos na área da Saúde Pública e na de controle sanitário, tais como: a lei que dispôs sobre a obrigatoriedade da fiscalização prévia dos produtos de origem animal e do registro dos estabelecimentos industriais, a criação do Ministério da Saúde, mantendo-se em sua composição o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM) e o Serviço de Saúde dos Portos – SSP (fundado em 1903 por Oswaldo Cruz), e do LCCDM – Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, responsável por realizar análises e estabelecer padrões. O SNFM passou a ser Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF) incorporando o LCCDM e as Comissões de Revisão da Farmacopéia e de Biofarmácia.

Nos anos 60 o LCCDM incorporou a área de alimentos passando a se denominar LCCDMA – Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos, foi regulamentado o Código Nacional de Saúde, ampliando o campo de atuação do Ministério da Saúde e dividindo, a partir de então, o controle de alimentos industrializados entre este e o Ministério da Agricultura, o que levou, por diversas vezes, a conflitos de competências, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde, anteriormente a ditadura militar, e foram abertas duas CPIs envolvendo as indústrias farmacêuticas. Este período foi marcado, também, por acontecimentos muito graves, como: o consumo de peixes contaminados com mercúrio, provocando mortes no Japão, a contaminação da carne brasileira com fármaco anabolizante, morte de animais alimentados com ração com aflatoxina e a tragédia da talidomida.

Durante a fase da ditadura, que teve início em 1964, o âmbito de ação do Ministério da Saúde passou por redefinições, foi editado o Código Brasileiro de Alimentos e a abrangência do campo de atuação da Vigilância Sanitária foi

ampliada com a incorporação de novos objetos e práticas de controle, mas o termo vigilância sanitária, na época, era atribuído somente para as ações de controle desempenhadas nos portos e fronteiras.

O período inicial do regime militar foi caracterizado por um governo ditatorial, forte repressão aos movimentos sociais e um crescimento econômico mantido pelo capital multinacional e pelo intenso “arrocho salarial”. Todavia este quadro nos anos 70 foi tomado por um cenário de crise econômica e social e reformas foram desempenhadas na área da saúde. À idéia de vigilância sanitária foi acrescido o controle sanitário de produtos e serviços de interesse da saúde.

É na década de 1970 que nasce a Secretaria de Saúde Pública, que abarcou a Divisão Nacional de Fiscalização, sendo subordinados a esta o SNFMF, SSP, o LCCDMA, o COFEN (Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes) e CNH (Comissão Nacional de Hemoterapia). Outros fatos importantes da época foram: a criação da Central de Medicamentos (CEME), à qual cabia regular a produção e a distribuição de medicamentos no país e muni-lo de um sistema de farmacovigilância, e a criação da Secretaria Nacional de Vigilância sanitária, o que, de acordo com Rozenfeld (2000) representou o reconhecimento da relevância do setor, mas, ao mesmo tempo, consolidou o distanciamento entre este e a Vigilância Epidemiológica, deixando de se aproveitar a potencialidade do emprego de métodos epidemiológicos nas ações da Vigilância Sanitária.

Este período constituiu-se em uma fase importante para a legislação sanitária, havendo uma intensa produção de normas voltadas para a sua revisão. Muitas destas normas vigoram até os dias atuais e cabe citar algumas, como: a Lei nº 5.991/73, que aborda sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos; a Lei nº 6.360/76, denominada Lei de Vigilância Sanitária, que fala sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, os cosméticos, os saneantes, os produtos de higiene, os perfumes, as embalagens, as rotulagens, os estabelecimentos produtores, a propaganda e os meios de transporte; a Lei nº 6.368/76, que dispõe sobre o controle de substâncias

tóxicas e entorpecentes; e a Lei nº 6.437/77, que estabelece os tipos de infrações à legislação sanitária e suas respectivas penalidades.

Os anos 80 se configuraram como uma nova era, depois de um longo tempo sob a escuridão da ditadura militar. A sociedade brasileira é marcada pelo retorno do direito de exercício da cidadania, pela redemocratização do país e pela Reforma Sanitária.

No âmbito da saúde este período caracteriza-se pelo fato de ter sido a primeira vez que o órgão nacional de Vigilância Sanitária foi assumido por uma equipe de sanitaristas, que, logo, voltou seus esforços para, juntamente com os profissionais das Secretarias Estaduais de Saúde, construir um novo modelo de ação para a Vigilância. Um dos passos dados neste sentido foi a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, realizada em 1986. Cabe ressaltar também que, em 1981, o LCCDMA, transferido para a Fundação Oswaldo Cruz na década de 70, ressurgiu com uma estrutura moderna e denominado-se INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde.

À este período de progresso das estruturas sanitárias seguiu-se uma má fase de mudanças no poder político, crise e afastamento da equipe responsável pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e, somando-se a isso, a ocorrência de eventos negativos, que tiveram larga repercussão na mídia, como: os sucos e gelatinas contaminados com excesso de conservantes, o trágico acidente radioativo em Goiânia, as artimanhas da indústria objetivando impedir o controle dos medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, a utilização de anabolizantes na pecuária de corte, bolsas de sangue sendo produzidas em condições inadequadas, a liberação do uso de adoçantes artificiais nos refrigerantes e a importação de alimentos contaminados pelo acidente radiativo de Chernobil. Estes episódios levaram à intensa produção normativa.

Em 1988 é promulgada a nova Constituição Federal referindo-se à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sendo este também responsável pelas atribuições de vigilância sanitária, passando esta a ser competência do SUS – Sistema Único de Saúde.

Os últimos anos da década de 80 e os primeiros anos da de 90 se caracterizaram como um período de inflação, recessão e desemprego. Sobe ao poder um presidente de orientação neoliberal, que governa por dois anos e logo é afastado por meio de impeachment. O governo Collor, mesmo tendo uma curta duração, representou um atraso nas ações sanitárias, pois com a implementação do projeto Inovar, que tinha como objetivo agilizar as petições dos produtores, desprezando as análises técnico-científicas, foram lançados no mercado, irregularmente, diversos produtos.

A despeito destes problemas, houve na época um aumento da participação social e a vigilância sanitária passa a ser vista como uma ação da cidadania, baseada na epidemiologia e no enfoque de risco à saúde.

É nesse contexto, que se dá início à formulação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, ao processo de descentralização para os estados e municípios e de elaboração de programas para a formação de recursos humanos. Não parando por aí, foram criados também o Código de Defesa do Consumidor e instrumentos para a melhoria da qualidade dos produtos, destacando-se as guias de boas práticas de fabricação e os roteiros para a inspeção de indústrias de medicamentos, domissanéantes e cosméticos. Pode-se destacar ainda o fato de neste ínfimo espaço de tempo terem sido produzidas, ou re-atualizadas, regulamentações acerca dos mais variados objetos de interesse sanitário.

Uma norma que muito se destaca neste período para a Vigilância Sanitária é a Lei nº 8080/90, pois além de organizar o SUS, define esta em seu artigo 6º, parágrafo 1º da seguinte forma:

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

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

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

Em meio a todo esse progresso das ações sanitárias, no final da década de 90, mais um episódio negativo se revela: a circulação no mercado de uma enorme quantidade de produtos falsificados e defeituosos, evidenciando o não cumprimento das boas práticas de fabricação. Isto foi o suficiente para a edição de muitas normas e reformulação do modelo da instituição sanitária.

Em 1999 foi criada Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ocupando o lugar da extinta Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. À agência, sendo uma autarquia inserida no SUS, compete:

(...) promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras (Lei nº 9782 de 1999, artigo 6º)

2.3 A Vigilância Sanitária na Atualidade

Como se pode ver, desde de a Antiguidade as ações sanitárias tiveram significativa importância social, sendo seus objetos de interesse, cada vez mais amplos e numerosos, regidos por leis, normas e medidas de controle que foram formuladas de acordo com o conhecimento e contexto político, social e econômico de cada momento histórico. No entanto, por muitas vezes na História as mudanças nas práticas do campo da Vigilância Sanitária se deram a partir de eventos negativos e interesses políticos e econômicos, deixando a saúde em segundo plano.

No Brasil esta realidade não foi muito diferente, além de a Vigilância, como afirma Costa (1999), ter sido considerada por muito tempo como um setor à parte da Saúde Pública, não sendo reconhecida a sua relevância para a saúde da população, seu desempenho, segundo Lucchese (2001), era acometido por muitas falhas resultantes da precariedade de sua estrutura organizacional. Contudo, mesmo que lentamente, houve melhoras, mas muitos problemas ainda estão presentes na atual conformação da Vigilância Sanitária.

Na atualidade, a Vigilância Sanitária no Brasil “renasce” do dever do Estado de desempenhar na área da saúde uma atuação que vise à redução do risco de doenças e de outros agravos e garanta, a todos, acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sendo de responsabilidade do Poder Público a sua regulamentação, fiscalização e controle, tendo sempre como eixo norteador o princípio de que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (art.196 e art. 197 da Constituição Federal de 1988).

Até 1988, segundo Rozenfeld (2000, p.15), a definição legal atribuída a Vigilância Sanitária pelo Ministério da saúde era:

um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde.

Percebe-se assim que esta tinha um forte caráter normativo. Todavia com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8080 de 1990) surge uma nova definição (já citada neste trabalho) bem diferente da anterior, trazendo consigo a idéia de risco¹ e uma linha de atuação preventiva, tornando o conjunto das ações mais amplo e centrando-as no âmbito produtivo.

A Abrangência de sua atuação perpassa pelas áreas de produtos, insumos e serviços de interesse da saúde; do ambiente; do ambiente de trabalho; e da circulação internacional de transportes, cargas e pessoas, mas, para cumprir com todas as atribuições demandadas por este conjunto tão extenso, conta com, além de seus instrumentos de ação, a integração e articulação de várias disciplinas e conhecimentos que dão base para as práticas e saberes sanitários.

Constata-se assim, que a Vigilância Sanitária possui responsabilidades de dimensões consideráveis, sendo de fundamental importância para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

¹ Algumas acepções de risco incorporadas às ações sanitárias: “perigo virtual ou ameaça de agravos relacionados com determinados elementos que o homem aprendeu a identificar na experiência cotidiana” e “probabilidade, estatisticamente verificável, de ocorrer um evento adverso a saúde, na presença de determinado fator” (ROZENFELD, 2000, p.17).

Estas dimensões tornam-se maiores, quando pensamos na amplitude de suas atribuições e no fato de que as sociedades hodiernas são instigadas por um estruturado sistema de *marketing*, ao consumo cada vez maior dos mais diversificados produtos, tecnologias e serviços, que a todo dia são inovados ou novos são criados, originando mais riscos a saúde da população. Esta é uma característica inerente ao modelo Capitalista, que movido pela obtenção de maiores lucros, busca sempre estar intensificando a produção e aumentando o número de vendas, sendo este processo uma grande fonte de problemas à saúde dos consumidores, trabalhadores e do meio ambiente, seja por falhas ou irregularidade intencionais dos estabelecimentos (ROZENFELD, 2000).

Segundo Campos et al. (2001) a Vigilância Sanitária assume neste caso o papel de mediadora da relação produtor-consumidor, viabilizando transações comerciais entre os dois elos com um mínimo de segurança quanto à qualidade do produto em questão. Afirma também, que as ações sanitárias não são de utilidade somente para a saúde, mas também para a organização econômica da sociedade, já que a credibilidade dos produtos depende de sua qualidade.

Não obstante, tendo em vista a suscetibilidade do consumidor e a necessidade de se regular e criar meios de proteção da população na relação produção-consumo, cabe à Vigilância sanitária atuar em prol da saúde da coletividade, impondo limites aos interesses individuais e os enquadrando aos da sociedade em geral.

Esta forma de atuar é característica do poder de polícia, que é delegado pelo Estado à Vigilância Sanitária, tendo como princípio a elaboração e a fiscalização do cumprimento de normas legais e técnicas. O modelo de Vigilância do país tem-se calcado, por toda a sua história, no poder de polícia, restringindo suas ações à regular, vigiar e punir, o que é muito pouco diante da imensidão de sua função na sociedade, devendo assim também, educar, orientar e advertir (REVISTA TEMA nº23, 2002).

Para que sua atuação se efetive, no Brasil, a Vigilância se estrutura no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de forma descentralizada, desempenhando seus serviços e ações nas três esferas de governo: federal, onde

se encontram a Anvisa (coordenando o sistema) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); estadual, composto pelo órgão correspondente a instituição neste nível e o Laboratório Central (Lacen) de cada unidade federativa; e municipal, ocupada pelos serviços de vigilância sanitária de cada município brasileiro.

Como base para desempenhar suas competências e finalidades, mediante ao seu caráter jurídico, preventivo, fiscalizador, disciplinador e técnico, possui um suporte legal validando todas as suas ações e medidas e orientando a atuação de seus profissionais, denominado Legislação Sanitária, que possui tanto normas de proteção coletiva quanto de individual. Cabe ressaltar que esta se constitui de leis, medidas provisórias, decretos, portarias, resoluções e outros instrumentos legais elaborados pelos três níveis de governo, não devendo nenhum deles divergir do estabelecido em níveis superiores e todos estarem submetidos à Constituição Federal.

É importante que se tenha em mente que a Vigilância não possui apenas a Legislação Sanitária como instrumento de atuação (mesmo que este seja o mais usado e o mais visível aos olhos da sociedade), mas também, outros, como: os sistemas de informação, a sua rede de laboratórios, os programas de monitoramento da qualidade de produtos e serviços, a vigilância epidemiológica, a farmacovigilância, a comunicação e a educação sanitária e suas equipes multidisciplinares.

Em vista do exposto fica claro que a Vigilância Sanitária configura-se como uma área da Saúde Pública de natureza estatal, que, baseada em um suporte jurídico-administrativo e no conhecimento técnico-científico de que dispõe, busca zelar pela saúde da população, conduzindo suas ações no sentido de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. Sua principal forma de atuação se dá por meio do poder de polícia, mas, nos dias atuais percebe-se que, mesmo de maneira incipiente, esforços estão sendo direcionados para o emprego de outras ferramentas – como as citadas no parágrafo anterior – que possam torná-la mais eficaz e amenizem o seu distanciamento do povo e da realidade deste.

De acordo com Rozenfeld (2000) para que a Vigilância Sanitária cumpra com suas funções, dentro do universo abrangente, dinâmico e complexo em que se encontra mergulhada, suas práticas devem articular-se, integrar-se, estrategicamente, ao todo das práticas sanitárias, utilizando-se ao mesmo tempo de diversos instrumentos, com participação e controle social.

Não obstante a realidade prática da Vigilância Sanitária no Brasil é muito diferente do que se prega. Da leitura de Lucchese (2001) e Costa (1999), autores reconhecidamente importantes nesta área, pode-se destacar alguns dos muitos problemas que, há tempo, afetam a Vigilância: estrutura organizacional deficiente, força política reduzida, fragilidade institucional, vulnerabilidade aos interesses políticos e econômicos internos e externos ao país, o pouco conhecimento por parte da população em relação a esta, diminuindo sua relevância social, sua marginalidade no espaço acadêmico da Saúde Pública, a precariedade de sua infra-estrutura e a falta de informação, espaço e investimentos na construção de uma consciência sanitária por parte da sociedade que possibilite uma *participação e um controle social*² mais ativo.

Como se pode observar a Vigilância Sanitária no Brasil, ao longo dos tempos, passou e vem passando por muitos percalços, houve grandes avanços em sua concepção, mas na prática estes foram ínfimos, problemas antigos vêm se arrastando até hoje, o modelo de atuação normativo, fiscalizador e punitivo, mostrou-se insuficiente para dar conta de suas atribuições e, somando a isso, ainda há a tendência histórica de as reformulações das normas e práticas sanitárias serem impulsionadas por fatos negativos e por interesses políticos e do mercado.

No entanto sabe-se que a Vigilância constitui-se como uma área essencial para um bom desempenho da Saúde Pública e de fundamental importância para a saúde da população. Assim é necessário que se invista todos os esforços para a reformulação do seu modelo de atuação, dando a este um caráter mais preventivo

² Neste trabalho, a participação e o controle social na Vigilância Sanitária não são entendidos apenas como participação na sua gestão e formulação e controle da sua atuação, mas também como participação da população nas práticas sanitárias e controle desta sobre os objetos de interesse sanitário.

e voltando sua atenção integralmente para a saúde da sociedade brasileira. Obviamente são muitas as formas para se viabilizar isso, mas seja lá qual for a escolhida, deverá ter como principal objetivo estimular e investir, mediante informação, comunicação e educação sanitária, na formação de uma consciência sanitária por parte da população, possibilitando a esta ter uma posição mais ativa nas discussões e decisões acerca da Vigilância Sanitária e passar a exercer um certo controle acerca desta e de seus objetos de interesse. Não se pode esquecer também de que é necessário a abertura de espaços para a participação e o controle social.

2.4 A Educação Sanitária para a construção de uma Consciência Sanitária

Com a instituição do Estado Democrático no Brasil e com a promulgação da Constituição de 1988, tornou-se imprescindível a participação da sociedade brasileira nas questões que lhe competem e na gestão da coisa pública, atuando o povo em prol de seus próprios interesses (CECOVISA – USP , s/d). Esta Constituição, conforme Campos et al (2001), abriu canais para a participação na elaboração de políticas públicas e para o controle do exercício destas. Contudo a participação e o controle social ainda se encontram em um estágio muito pouco avançado (CECOVISA – USP, s/d).

Na área da Saúde pode-se destacar a criação de conselhos e conferências voltadas para aumentar o controle por parte dos usuários sobre os serviços prestados, mas nestes espaços acabam predominando os assuntos acerca de fatores que os afetam de forma mais imediata, logo dedicando-se pouca atenção às questões de Vigilância Sanitária (CAMPOS et al, 2001) e marginalizando-a nas discussões que dizem respeito a Saúde Pública.

Um dos poucos instrumentos de participação e controle social específicos da VISA são os canais de denúncia e a auditoria da Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. No entanto no ano de 2001, deu-se um grande passo neste sentido com a realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (I

Conavisa) em Brasília. Esta contou com a participação de um número superior a 1000 pessoas, sendo 893 delegados, dos quais eram 51% usuários, 17% profissionais da Vigilância Sanitária, 16% do setor regulado e 14 % de delegados gestores. A Conferência contou também com convidados, expositores, palestrantes e moderadores de mesa (REVISTA TEMA nº23, 2002). Mesmo assim, estes espaços ainda são insuficientes diante da complexidade do contexto em que a Vigilância e a sociedade se encontram inseridas.

Segundo Campos et al (2001) o Estado tende a ceder as pressões do poder hegemônico, fazendo com que, por meio de sua omissão diante dos fatos, os interesses econômicos dominantes prevaleçam, o que pode ser observado no contexto da Vigilância Sanitária e tem sido impulsionado pela fragmentação de sua organização administrativa.

Este quadro só tende a aumentar a suscetibilidade da saúde da população aos abusos do poder econômico, sendo assim imprescindível a participação e o controle social, que deveriam ser estimulados mesmo que a Vigilância tivesse sua atuação voltada inteiramente para a defesa da saúde da população, mantendo-se fiel aos seus princípios, pois seria inconcebível um sistema estatal que tivesse recursos suficientes para estar a todo momento e em todo lugar averiguando os diversos objetos de interesse sanitário.

Assim a abertura de canais de participação e controle social, além de propiciar uma posição mais ativa da sociedade, a inclusão dos cidadãos brasileiros nas questões sanitárias e a promoção da auto-regulação entre estes, favoreceria muito na extensão do alcance das práticas sanitárias e eles estariam colaborando para a proteção da própria saúde.

Entretanto, conforme Duarte (apud COSTA, 1999, p.62):

(...) a demanda por Vigilância Sanitária enquadra-se em necessidades não sentidas pela população, fundamentalmente pela falta de conhecimento sobre a atividade governamental e quanto ao papel que desempenha essa ação na melhoria dos níveis de saúde da população, e

também pelos reduzidos graus de consciência dos agravos relacionados aos objetos do campo da Vigilância Sanitária.

Com isso percebe-se que a distância da Vigilância Sanitária da realidade cotidiana da população, e vice versa, se torna maior, pois além da ínfima quantidade de canais para a participação e o controle social, ainda há um outro obstáculo a falta de conhecimento acerca desta área por parte da sociedade.

E para agravar esta situação, na vigência da ideologia do consumo, segundo Costa (1999), há uma espécie de usurpação de direitos e negação de elementos que poderiam contribuir para a promoção da consciência sanitária.

Deste modo torna-se essencial que se invistam todos os esforços na informação, comunicação e educação sanitária para a construção de uma consciência sanitária na sociedade brasileira, disponibilizando aos cidadãos meios de autodefesa contra práticas nocivas do sistema produtivo, contra os diversos riscos e para o controle e participação social na Vigilância Sanitária.

Neste trabalho iremos dirigir nossos esforços para a educação sanitária, tendo-a como:

(...) um conjunto de práticas desenvolvidas com segmentos da população (consumidores, usuários de serviços de saúde, manipuladores de alimentos e outros produtos de interesse da saúde, profissionais/trabalhadores de saúde etc.), nas quais as informações sobre a produção social do complexo saúde-doença são trabalhadas visando contribuir na formação da consciência sanitária, resultado de construção solidária das bases de crescente qualidade de vida. (COSTA, 1999, p.65)

Este esforço se norteará no sentido de propormos e experimentarmos uma nova forma de trabalhar as questões da Vigilância Sanitária aliando a Educação sanitária à arte, colaborando, assim, para diminuir a sua distância da realidade das pessoas.

3. A Arte na educação sanitária por meio da arte-educação

Em primeiro lugar cabe ressaltar que neste capítulo, bem como no trabalho num todo, não buscamos discutir os vários conceitos da arte e nem fazer uma análise acerca de sua história, não por comodidade, mas sim pela complexidade e grandiosidade desta área, que iria nos levar a um estudo que nos exigiria mais tempo e recursos.

O nosso tema traz consigo uma complexidade própria por estar assentado na relação entre duas formas distintas de saberes e práticas: os da arte e os da saúde pública, mais especificamente da área da Vigilância Sanitária. Mas é esta complexidade mesmo que tomamos como desafio para apontarmos as possibilidades da arte como estratégia para a educação sanitária. No entanto, a interface entre educação-saúde-arte será apenas indicada sem a pretensão de esgotarmos todas as discussões conceituais e práticas que envolvem esses campos de saber.

Para experimentarmos essas possibilidades da arte como estratégia de educação sanitária foram realizadas oficinas de arte e educação sanitária com alunos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, as quais tinham como objetivo ofertar um espaço de criação através da arte acerca das questões primordiais da Vigilância Sanitária³.

Em relação à definição de arte reafirmamos que não é uma deficiência da escrita deste trabalho, mas que ela funciona com características fluídas, relativas, mutáveis e não “aprisionáveis” que são diversas da produção do conhecimento científico em nossa sociedade. Reforçamos esta indefinição da arte nos dizeres do próprio artista, para salientar que o que nos importa é o processo de criação/produção da arte, portanto centramo-nos nas pessoas/artistas que participaram das oficinas e na arte como uma fazer, como um processo de criação.

Mário de Andrade (critica) o ‘individualismo mais desenfreado’ do artista de hoje, que se ‘tornou um brinquedo

³ As oficinas e o desenvolvimento metodológico, incluindo a análise do material produzido, serão descritas com mais detalhes na parte Uma Experiência Prática da Arte na Educação Sanitária.

de suas próprias liberdades (...) ‘a inflação do individualismo, a inflação da estética experimental, a inflação do psicologismo, desnortearam o verdadeiro objeto de arte. Hoje, **o objeto da arte não é mais a obra de arte, mas o artista**’ (...) Concluindo: em pouco mais de uma hora, **mesmo se dizendo incapaz de definir o que é arte (...), Mário de Andrade discutiu algumas questões fundamentais da arte, acrescentando mais de uma dezena de definições de arte às já existentes** (MORAIS, 2002, p.10, grifo nosso).

Em nossa tarefa de buscar a arte como mediadora da educação sanitária, elegemos alguns aspectos da Arte-Educação para fundamentarmos nosso trabalho, tendo sempre em vista que “O próprio conceito da arte tem sido objeto de diferentes interpretações: arte como técnica, materiais artísticos, lazer, processo intuitivo, liberações de impulsos reprimidos, expressão, linguagem, comunicação...” (FUSARI & FERRAZ, 2001, p. 22).

É fundamental esclarecer a palavra oficina como identificadora do espaço de criação através da arte. Segundo Cavalcanti (2005), há que se registrar a escolha teórico-metodológica realizada quanto à oficina como forma de organização da comunicação artística.

As oficinas eram lugares onde grupos de trabalho doméstico produziam certos artefatos, como calçados, vestimentas, e outros, sendo a produção predominantemente manual, sem o emprego de máquinas. Os artesãos estabeleciam o seu ritmo de trabalho e tinham acesso e interferiam de forma ativa em todas as etapas deste processo, havendo, também, uma preocupação em se produzir um excedente, denotando um caráter pré-industrial. No século XVI, também eram locais de consideráveis transformações de diversas materialidades, onde as fronteiras entre a arte e uma ciência ainda incipiente eram imprecisas e o que importava eram os processos de transformação da matéria, fossem eles do meio da arte, da ciência ou da artesanaria.

A etimologia do termo oficina (TALLEMBERG apud CAVALCANTI, 2005) aponta para algumas ligações no que se refere ao mandato que as oficinas apresentam e sua utilização nos serviços de saúde. Originário do latim officium, o vocábulo ofício exprime dever, onde, além de repassado de uns a outros, o modo

de fazer tem uma orientação introjetada do dever, de compartilhamento, de um todo imprescindível para que a atividade ocorra. Nas corporações de artesãos o artesanato mobilizava criação, técnica, perícia, organização e disciplina, sendo o produto a resultante do processo, o que se difere do modo de produção capitalista no qual não há produto, no sentido de uma resultante.

Assim decidimos optar pela área da Arte-Educação, através da qual serão utilizados alguns conceitos e idéias que nos levarão a verificar os resultados trazidos pela intermediação da arte com a educação sanitária para a formação de uma consciência sanitária.

Neste ponto é necessário esclarecer que a Arte-Educação diferencia-se da Educação Através da Arte e da Educação Artística. A *Educação Através da Arte* difundiu-se no Brasil a partir das idéias do filósofo inglês Herbert Read (1948). Esta linha de pensamento vê a arte não somente como um dos intentos da educação, e sim como seu próprio processo, que é considerado também criador.

A *Educação Artística* passou a compor o currículo escolar com a promulgação da Lei 5692/71 numa tentativa de melhorar o ensino de arte nas escolas incorporando atividades artísticas com ênfase no processo expressivo e criativo dos estudantes.

Segundo Fusari e Ferraz (1991) o movimento da *Arte-Educação* constitui-se no Brasil no final dos anos 70. Este, no começo, estruturou-se fora da educação escolar e por meio de premissas metodológicas embasadas nas idéias da Escola Nova e da Educação Através da Arte. Essa concepção do ensino de arte se orienta no sentido de propor uma ação educativa criadora, ativa e centrada no educando. A Arte-Educação vem se caracterizando como um movimento à procura de novas metodologias de ensino e aprendizagem de artes nas escolas. Revaloriza o professor, discutindo o redimensionamento do seu trabalho, evidenciando-lhe a relevância da sua ação profissional e política na sociedade.

4. Uma Experiência Prática da Arte na Educação Sanitária

Para entendermos melhor como poderia se dar a interação entre a Arte e a Educação Sanitária, visando colaborar com a formação de uma consciência

sanitária, desenvolvemos oficinas com alunos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), sendo utilizados alguns princípios da arte-educação.

As oficinas de arte e educação sanitária foram uma das etapas do desenvolvimento metodológico desta monografia, que se caracteriza como uma pesquisa qualitativa. A estrutura de nossa metodologia compôs-se da seguinte forma: levantamento bibliográfico, planejamento e sistematização das oficinas, coleta de dados através da realização das oficinas e análise de dados. É esta estrutura que apresentaremos a seguir ⁴.

Segundo Minayo et al (1994) pudemos construir uma metodologia de análise do processo de produção coletiva durante as oficinas. Em nosso trabalho optamos por realizar a análise do processo das oficinas e não dos produtos que estão em anexo como forma de registro do processo desenvolvido. No entanto visando contribuir para as questões que envolvem o objetivo dessa monografia preferimos detectar a relação entre a Vigilância e a Arte experimentada a partir das oficinas.

Cabe ressaltar que para o desenvolvimento e para a análise das oficinas utilizamos como referência alguns aspectos da arte-educação extraídos da leitura de Duarte Júnior (1988), que foram:

- estímulo a imaginação e criação de possibilidades;
- Arte como elemento pedagógico;
- aspectos sócio-culturais da educação proporcionados pela arte;
- na arte-educação, o que importa não é o produto final obtido; não é a produção de “boas” obras de arte. Antes, a atenção deve recair sobre o processo de criação;
- capacidade de escolha e;
- capacidade crítica.

4.1Elaboração das oficinas

⁴ Com exceção do Levantamento bibliográfico, pois as questões teóricas mais pertinentes estão esmiuçados ao longo desta monografia e nas referências teóricas apresentadas.

Em primeiro lugar escolhemos o público-alvo de nossa oficina que foram os alunos da EPSJV que cursariam o módulo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente do Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental no segundo semestre do ano de 2005. Esta escolha se deu pela disponibilidade da coordenação do módulo em nos ceder dois dias de aula para estarmos realizando tal atividade e o fato de que estes alunos ainda não haviam desenvolvido nenhum conteúdo específico em Vigilância Sanitária, mas apenas em Saúde Pública de um modo geral por meio do Módulo Básico, módulo comum a todos os cursos técnicos da escola.

Como a coordenação do módulo decidiu integrá-lo ao Curso de Qualificação Profissional em Vigilância em Saúde e Meio Ambiente, o grupo com o qual iríamos trabalhar, que tinha 20 alunos, foi acrescido de mais 10, que eram trabalhadores de vínculo federal do Centro de Controle de Vetores. Assim o público-alvo desta oficina fechou em 30 alunos, compondo uma faixa etária de 14 a 48 anos.

1º etapa – Foi realizada uma sondagem para saber do entendimento dos alunos acerca da Arte e da Vigilância Sanitária e se eles estabeleciam alguma relação entre as duas temáticas. Outro dado que procuramos obter foram as áreas da arte que despertavam mais interesse nos participantes da oficina e se eles tinham alguma habilidade com estas. Para isso foi passado um questionário misto composto por questões semi-estruturadas, estruturadas e abertas (anexo I). De 30 alunos foram exatamente 20 que responderam, o equivalente aproximadamente a 66,7% da turma. Assim a partir dessas respostas (anexo II), do referencial teórico consultado e do tempo e recursos que dispúnhamos decidimos em relação às oficinas que:

- iríamos abordar sobre a Vigilância Sanitária de uma forma geral, destacando alguns aspectos importantes como a conscientização e educação sanitária, a sua significação, seu modelo e suas áreas de atuação e um pouco do contexto político, econômico e social em que esta se insere no Brasil na atualidade. É bom

lembrar que o nosso público-alvo era composto por futuros técnicos de Vigilância Sanitária e por profissionais da saúde, e isto foi levado em consideração na escolha dos assuntos que iriam ser tratados nas oficinas e na forma como estes seriam trabalhados;

- os alunos iriam produzir trabalhos artísticos baseando-se em suas próprias idéias e conhecimento acerca da arte e que o nosso objetivo não era ensinar arte, mas sim nos utilizarmos de alguns aspectos da arte-educação, já citados acima, para o desenvolvimento das atividades;
- a relação entre a Vigilância Sanitária e a arte não seria definida. O que queríamos era contribuir para a sua construção, pela vertente da educação sanitária e;
- os participantes das oficinas como espectadores iriam analisar alguns materiais, como imagens e textos e, na perspectiva do artista, trabalhariam com teatro, música, pintura, desenho e imagens.

2º etapa – Estruturação e desenvolvimento das oficinas:

- 1ª Oficina – executada no primeiro dia com duração de três horas, teve como característica a arte como forma de sensibilização para discussão e análise coletiva das questões propostas acerca da Vigilância Sanitária de um modo geral, enfocando assuntos como a sua significação, seu modelo e suas áreas de atuação, um pouco do contexto político, econômico e social em que a VISA se insere no Brasil na atualidade e a conscientização e educação sanitária. Esta primeira oficina estruturou-se nas seguintes etapas:
 - 1) Apresentação da proposta da monografia e da oficina
 - 2) Interpretação teatral de um fiscal da Vigilância Sanitária que seria o professor do dia e estaria apresentando as principais questões da VISA na atualidade através de um conto dramatizado.
 - 3) Divisão da turma em 5 grupos, sendo cada um incumbido de analisar um material (imagem ou texto), voltando seu olhar para a Vigilância Sanitária e embasando-se no seu conhecimento e no que havia sido

discutido até o momento. A análise de cada grupo foi apresentada para o resto da turma.

- 2ª Oficina – este segundo dia de atividades, também com duração de três horas, teve como característica a criação através da arte.
 - 1) Produção artística dos alunos (divididos em grupos – teatro, pintura e desenho, música, apresentação de imagens) com base na temática Vigilância Sanitária.
 - 2) Apresentação do que foi produzido.
 - 3) Avaliação da oficina (roda de conversa com os alunos)

Cabe ressaltar que obtivemos com a coordenação do curso algumas informações sobre o perfil da turma, por meio do qual constatamos que os alunos do curso técnico de Vigilância, dois terços do grupo, não trabalhavam e os do curso de qualificação em Vigilância em Saúde e Meio ambiente que compunham um terço da turma já trabalhavam na área da saúde, mais especificamente no Centro de Controle de Vetores por vínculo federal. Outro dado muito interessante era a extensa faixa etária do grupo que ia de 14 a 48 anos. Estas informações foram de grande importância para acompanharmos como se daria no decorrer das atividades a interação entre estes alunos, sabendo que o trabalho em conjunto era explorado a todo o momento nas oficinas.

4.2 A Realização da Primeira oficina: ⁵

Em primeiro lugar solicitei que antes da minha entrada em sala de aula as cadeiras dos alunos fossem dispostas em um semicírculo para facilitar a interação e integração entre nós. A professora Ana Júlia, orientadora deste trabalho apresentou para a turma a temática e os objetivos da monografia e explicou que aquela oficina seria realizada para servir como base de estudo do nosso trabalho.

⁵ Neste subitem do capítulo 4 os trechos em itálico e entre aspas são recortes das observações escritas pelos alunos que se encontram no anexo VI.

Seguindo com as atividades, entrei em sala de aula caracterizado e representando um fiscal sanitário chamado Francisco Franco Veríssimo, que seria o professor do dia. Os alunos estranharam de início, mas logo, quando lhes perguntei o que entendiam por Vigilância Sanitária, começaram a falar aos poucos e interagirem com a personagem e, ao em vez de responderem a pergunta, levantaram dúvidas acerca da atuação e organização da Vigilância e relataram experiências vividas relacionadas com esta.

Depois de encerrada a discussão, o fiscal (personagem vivida por mim) contou uma história sua (anexo III), se utilizando de perucas para interpretar teatralmente as duas personagens contidas nesta que se caracterizou como um conto. Através deste texto trabalhou-se alguns aspectos da Vigilância Sanitária, como o seu significado, seu modelo e suas áreas de atuação, um pouco do contexto político, econômico e social em que a VISA se insere no Brasil na atualidade e a consciência sanitária. A turma como um todo se mostrou atenta e interessada.

Após esta apresentação foi pedido para que os alunos se dividissem em 5 grupos. Cada um destes recebeu um material (imagens ou textos) para ser analisado e discutido mediante o conhecimento de seus componentes e o que havia sido desenvolvido na oficina até aquele momento. Decorrido o tempo de aproximadamente uma hora destinado à realização desta atividade, os grupos um a um apresentaram, tanto por escrito como oralmente, suas observações acerca dos materiais que lhes foram entregues.

O grupo 1 em sua leitura da figura 1 (anexo V) , evidenciou a importância para a Vigilância Sanitária de haver participação da população tanto, conforme eles disseram, diretamente através de denúncias como por meio da autorregulação em seus ambientes de vivência (suas casas, seus empregos, etc). Outro ponto destacado foi a necessidade da formação de uma consciência sanitária. Já a figura 2 (anexo V) para eles representava a ineficiência da política da Vigilância Sanitária, devendo a população, segundo o grupo, "*cobrar das autoridades o papel pelo qual está designada*".

O grupo 2, que trabalhou com a figura 3 (anexo V), destaca a partir de sua observação o lado preventivo das ações da Vigilância, enumera algumas áreas de atuação desta, diz ver, nas situações das fotos, riscos a saúde do trabalhador, critica a VISA dizendo que esta deve ser mais atuante, *“fiscalizando controlando, prevenindo e educando a população dos riscos que ela corre se não se prevenir”* e considera necessário uma atuação efetiva junto a comunidade para mudar hábitos que possam trazer riscos ao trabalhador.

O grupo 3, ao analisar as figuras 4 e 5 (anexo V), fez uma leitura em que critica o foco distanciado da Vigilância Sanitária em relação ao cotidiano das pessoas:

“Um olhar tão próximo, mas distante(...)

Temos que estar no meio entre as pessoas é ali que veremos o que acontece.”

Além disso, o grupo fez uma dobra no papel, no qual as figuras 4 e 5 se encontravam, procurando mostrar que muitas vezes a solução dos problemas da VISA pode estar muito mais perto do que se imagina: no agente sanitário (a imagem da dobra no papel está abaixo das fig. 4 e 5).

O grupo 4, que ficou com a música **Somos pescadores** de Antônio Gomes dos Santos (anexo V), identificou por meio do material problemas na área da Saúde do Trabalhador, do meio ambiente, no conceito de saúde, na prevenção a saúde e na cidadania, lançando como proposta do grupo para a melhoria desta situação, o desenvolvimento sustentável e a fiscalização.

O grupo 5, que fez a análise do texto **Conversas de Elevador** (anexo V), criticou o tratamento diferenciado entre fregueses, a prática médico-curativa e a perda, em alguns casos, da qualidade dos alimentos para a redução dos preços e disse que a Vigilância Sanitária não cabe apenas aos agentes, mas também a toda a sociedade:

“A vigilância não cabe somente aos agentes, mas toda sociedade deve se unir para se proteger, individual ou coletivamente.”

Assim pôde-se trabalhar com os alunos, na perspectiva do espectador, a análise e compreensão de várias questões sobre a Vigilância Sanitária, em um trabalho em conjunto.

4.3 A realização da segunda oficina: ⁶

Neste segundo dia de atividades os alunos fizeram trabalhos artísticos por conta própria, sem nenhuma interferência nossa, sendo a turma dividida em grupos, diferentes do dia anterior, para desenvolverem seus trabalhos nas seguintes áreas: teatro, pintura e desenho, música, imagens. O processo de criação e construção dos trabalhos foi filmado, bem como a apresentação. Tivemos a preocupação de colocarmos os grupos em locais diferentes para que não ficasse muito tumulto na sala e o processo de criação fosse prejudicado. Apenas no momento da apresentação todos ficaram na mesma sala.

O grupo de teatro elaborou e apresentou uma encenação em que demonstrava a precariedade de um estabelecimento onde se produzia refeições e a falta de compromisso de seu dono com a qualidade de seu produto, o que foi repreendido pela Vigilância Sanitária, através da ação dos seus fiscais. Outro ponto destacado foi a falta de boas práticas para a manipulação dos alimentos.

Os componentes do grupo de pintura e desenho, tendo a sua disposição lápis de cor, de cera e de grafite, borracha, tinta guache, pincéis e papel desenho A3, buscaram, segundo eles, representar através da pintura duas facetas da Vigilância Sanitária: o que há de bom e o que há de ruim; e por meio do desenho a integração das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental e a inserção do agente de saúde como um parceiro, amigo, da sociedade.

Utilizando-se de um computador e um projetor, o grupo de música fez uma paródia de uma canção de axé falando sobre a consciência sanitária, no momento da apresentação todos cantaram juntos, e o de imagens produziu uma exibição em Power Point montando slides com fotos e ilustrações retiradas da internet, que

⁶ O registro dos trabalhos desenvolvidos pelos alunos neste dia se encontra no anexo VI: do grupo de teatro tem-se uma sinopse de nossa autoria, do grupo de pintura e desenho um registro fotográfico dos trabalhos, do grupo de música a paródia desenvolvida por este e do grupo de imagens os slides produzidos.

foram projetadas para toda a turma, sendo os assuntos abordados os seguintes: erro médico, conservação dos produtos, catadores de lixo nos lixões, manipulação de alimentos, auto-medicação, poluição e aspectos de uma cidade modelo.

Com isso, ainda desenvolvendo atividades em conjunto, buscamos a abordagem da Vigilância Sanitária trabalhando com os alunos na perspectiva do artista, ou melhor, do fazer artístico.

No final, numa avaliação do que havia sido desenvolvido nos dois dias, os alunos demonstraram através de suas falas terem gostado das oficinas, avaliaram o trabalho desenvolvido por seus amigos e fizeram aproximações de muitos momentos da oficina com a realidade cotidiana.

5. Considerações Finais

Neste trabalho, como já dissemos, optamos por realizar a análise do processo em que se deu as oficinas e não dos seus produtos. Para isso nos assentamos sobre a realização das oficinas, utilizando como instrumento para a apreciação dos dados, além de nossas observações, os elementos da arte-educação, já citados anteriormente.

Retomado a perspectiva de trabalhar a relação arte e educação sanitária para a formação de uma consciência sanitária, elegemos alguns elementos da arte-educação que foram utilizadas como referência para o desenvolvimento e para análise do desenvolvimento das oficinas são: Estímulo a imaginação e criação de possibilidades; Arte como elemento pedagógico; aspectos sócio-culturais da educação proporcionados pela arte; na arte-educação, o que importa não é o produto final obtido; não é a produção de “boas” obras de arte. Antes, a atenção deve recair sobre o processo de criação; Capacidade de escolha; Capacidade crítica.

Em nossa análise da experimentação da arte como estratégia para educação sanitária, pudemos apontar que os participantes criaram e expressaram suas próprias idéias e sugestões para a soluções de problemas de saúde pública que envolvem as temáticas da área de vigilância sanitária, através do processo

comunicativo estabelecido através da apropriação coletiva da linguagem da arte. Essa inserção da arte como um dispositivo de construção coletiva e aproximação entre diferentes interlocutores pode ser de extrema importância para a Vigilância sanitária.

Além disso, todos os elementos da arte-educação estiveram presentes no processo de criação dos alunos que participaram das oficinas, tais como o trabalho em grupos, a parceria, a solidariedade, a sensibilidade, o diálogo através de formações diferenciadas de que cada um acenou para produzir suas artes durante as oficinas

Referências bibliográficas

DUARTE JÚNIOR, J. Por que arte-educação?. 5 ed. Campinas: Papirus,1988

CAVALCANTI, A. Processo de Comunicação em Saúde Pública: As Linguagens da Arte e as Práticas de Humanização da Assistência Hospitalar. Projeto de Pesquisa do PDTSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

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

MORAIS, F. Arte é o que eu e você chamamos arte: 801 definições sobre arte e o sistema da arte. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org.) Et all. Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ROZENFELD, Suely (org.). 2000. Fundamentos da Vigilância Sanitária. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

TEMA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. nº23.abril/maio de 2002 – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, programa Radis.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA TEXTOS E CONTEXTOS. Publicação comemorativa – São Paulo: Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da Universidade de São Paulo (CECOVISA – USP)

ANEXOS

Questionário

1. O que você entende por Vigilância Sanitária (VISA)?
2. O que você entende por Arte?
3. Você estabelece alguma relação entre Arte e Vigilância Sanitária? Se sim, qual?
4. Que área da arte você mais gosta?

Teatro ()

Música ()

Poesia ()

Artes Plásticas e Áudios-Visuais:

Pintura(); Vídeo(); Fotografia (); Modelagem (); Desenho ();

Outros:

5. Desenvolve alguma atividade nesta área de interesse da arte?

() SIM

() NÃO

Francisco: _ Boa tarde alunos, meu nome é professor Francisco Franco Veríssimo, quem quiser anotar ta no quadro. Sou profissional da Vigilância Sanitária e nutricionista e eu vim aqui hoje pra falar um pouquinho sobre Vigilância Sanitária pra vocês, a pedido da coordenação do módulo. Então para iniciar nosso bate papo eu gostaria que alguns alunos me falassem um pouco do que entendem por Vigilância Sanitária.

(A turma, ao invés do que foi pedido, fez perguntas sobre a VISA, sendo todas respondidas por mim e pela Ana Júlia).

Francisco: Certo. Então vamos prosseguir a nossa dinâmica. Mas eu não vou dar uma aula em si e sim contar uma história pra vocês. Não é melhor?; é melhor não é?.

(Pede para que os alunos se sentem e se organizem para dar início a narração da história)

Francisco: Todos prontos, não? Ok, então vamos começar.

(Agora Francisco não mais se dirige diretamente aos alunos, estando concentrado em contar sua história)

A Narração da História

Em um belo dia, já exaurido de tanto trabalhar, depois de ter atendido à mais de dez denúncias, ido aos mais distantes pontos do Rio de Janeiro e passar o dia lidando com tudo quanto é tipo de gente, eu vinha passando pelo centro da cidade meio pensativo e desanimado, como se tivesse um mamute nas costas.

Olhei pro meu entorno e me deparei com uma cidade caótica com pessoas e veículos se movimentando em todas as direções. Mas em meio aquilo tudo avistei o Campo do Santana, como um paraíso ao qual eu deveria me refugiar, e fui até lá.

Já lá dentro, procurei um banco, no qual não houvesse ninguém e me deitei. Comecei a viajar olhando pro céu.

De repente escutei uma voz, seguida de uma forte paulada na canela, e levantei apavorado, dizendo em pensamento “mas que M nem aqui eu consigo descansar”. E quando eu vejo é uma senhora, de idade avançada, muito da estressada, que dizia:

- Hei seu vagabundo, levanta daí. Levanta logo que eu quero sentar. Tô cansada.

Eu, pacientemente, mas me ruendo raiva por dentro levantei, sentei e perguntei pra ela, que já se encontrava sentada ao meu lado:

- Porque a senhora veio sentar logo aqui, tendo um monte de banco vazio pelo campo.

E ela respondeu, exaltada:

- Não te interessa, eu sento aonde eu quiser e você vá a p ... Pera aí, eu acho que conheço você de algum lugar menino.

Eu disse:

- Não, não. Você, certamente, não me conhece.

E como tivesse se lembrado de mim, ela falou:

- A bem, já sei. Você é o Francisco, o fiscal sanitário.

- Não, bem, sim. Quer dizer, fiscal não, esse termo é meio pesado. Eu prefiro que você me chame de profissional da Vigilância Sanitária.

- Ta bem, sem problemas. Mas que você me conhece, conhece. Quer ver, vou te dar uma pista. Eu sou conhecida como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde”

- Senhora, me desculpe, mas esta é a definição de Vigilância Sanitária.

- Sim, e sou eu. Depois de tanto tempo tendo como sentido de existência um carma normativo, fiscalizatório e burocrático, a minha amiga Lei Orgânica da Saúde me deu de presente esta recauchutada na minha definição.

- Agora eu pirei de vez, estou no meio do Campo de Santana conversando com a Vigilância Sanitária que acabou de me dizer que uma Lei é sua amiga.

- Para de ser debochado.

- Mas eu estou apenas surpreso.

- Surpreso com o que? Você vive grande parte do dia comigo na cabeça e me conhece muito bem, pois sem seus serviços eu não existiria.

- Neste ponto você tem razão.

- É, eu sei. Mas aproveitando que tivemos este encontro casual eu gostaria de te fazer algumas perguntas, já que você é parte de um todo, que sou eu.

- Pode fazer.

- Você sabe que minha área de atuação é bem extensa, abrangendo os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços, do ambiente de trabalho e das intervenções sobre o meio ambiente, certo?

- Certo.

- Então, você não acha que este modelo de atuação regulatório, normativo, fiscalizador e punitivo que carrego desde de minha origem é pouco pra que eu de conta disso tudo?

- Bem, realmente. Quando estou atuando ou pensando no meu conhecimento técnico, vejo que o sistema da senhora é meio falho? (Dá uma leve pausa)

- Hei, olha só ali, logo a frente, aquele homem elegante e bem apessoado acompanhado daquelas duas figuras bizarras.

- Roooooo, rooooo, rooooooo (VISA roncando).

- Mas vejam só, a Vigilância Sanitária dormindo. Hei, acorda, acorda.

- O que, aonde, foi o que, hã.

- Olha aquilo, logo ali a frente.

- Meu Deus, se você não me alerta eu ia deixar esta passar direto.

- Como assim ?

- Ta vendo aqueles, são o Capitalismo e seus filhos, o Lucro e o Imperativo do Consumo que veio acompanhado do seu servo que tem pinta de estrangeiro, o Marketing. (pausa) liiiiiii, agora fedeu, logo atrás vem a senhora Incompetência do Governo e em seguida a Mão Grande da Corrupção Nacional.

- Olha eles estão indo em direção àquele homem. Coitado, parece vão engoli-lo?

- Vem atrás de mim, que eu te falo quem é este homem, mas depressa. Vem, vem.

(Levantam e saem correndo na direção em que ocorre a cena)

- Este é o Zé Povo, homem respeitoso e honesto, o único problema é essa amizade que ele mantém com a Ignorância, que só se aproximou dele a mando deste grupinho de espertalhões, que cortaram a corpo da Educação, só deixado o dedo como imposição, e ainda saíram impunes dessa.

Já no local, a Vigilância percebeu que a saúde de Zé Povo corria sério risco, mas chegou a tempo de protegê-lo e com o seu poder de polícia tomou as atitudes cabíveis, controlando a situação, mas é claro que não iria conseguir manter estes vilões afastados por muito tempo e que nem sempre estaria de olhos abertos ou próximo para defender a saúde pública. Indignada ela voltou, juntamente comigo, para o banco e disse;

- Percebe agora Francisco, que ainda falta muita coisa para que nossa atuação seja, realmente, eficaz. Que eu e minha escudeira, a Legislação Sanitária, já não somos, como nunca fomos, suficientes para dar conta de todas estas atribuições.

- Não é bem assim...

- *É assim sim. Já somos aves velhas devemos ser queimadas para que possam surgir de nossas cinzas novas fênixes.*

- *Como assim?*

- *Um novo modelo mais preventivo, que democratize o conhecimento sanitário entre todos os cidadãos e possibilite a estes construir uma consciência sanitária, tornando-se menos suscetíveis à riscos a sua saúde.*

- *Mas isso é impossível.*

- *Não. Demorado sim, mas impossível não.*

- *Mas o que devemos fazer?*

- *Isso você e seus colegas de profissão, juntamente com a população, deverão descobrir.*

- *Mas como?*

- *Descubra. E em tom de despedida disse: - E nunca se esqueça de que saúde é um dever do Estado e um direito de todos e cabe a nós como representantes do Estado promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde pública.*

E como um fantasma desapareceu e eu voltei a escutar uma voz:

- *Ho, hej, acorda aí, vam'bora esse é meu lugar, sai fora rapa.*

Era um mendigo me expulsando de sua cama, que na verdade era o banco, que eu havia deitado. Levantei, percebi que era noite e olhei para o relógio, vendo que era muito tarde, sai correndo, e como as portas do parque já estavam fechadas tive que pular e cai. Mesmo com dor eu parei para comer alguma coisa em uma lanchonete, mas quando cheguei em casa, mal pude dar explicações a minha mulher, e fui direto para o banheiro com uma baita caganeira. Depois passei uma pomada nos meus ferimentos ocasionados pela queda, só que ela estava fora da validade e o machucado acabou infeccionando e eu fui parar no hospital, aonde eu tive tempo de descansar um pouco e repensar sobre aquele meu sonho.