

LUIZA MORITZ AGE

**COPRODUÇÃO DE SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE:**

**A CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES
PELA QUALIDADE NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS
SERVIDOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Administração, no Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (ESAG), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paula Chies Schommer

FLORIANÓPOLIS, 2016

A265c Age, Luiza Moritz

Coprodução de serviço de vigilância sanitária para promoção de saúde: a certificação e classificação de restaurantes pela qualidade nutricional dos alimentos servidos / Luiza Moritz Age. - 2016.
307 p. il.; 21 cm

Orientadora: Paula Chies Schommer

Bibliografia: p. 231-265

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, Programa de Pós-Graduação em Administração, Florianópolis, 2016.

1. Promoção da saúde. 2. Restaurantes e bares. 3. Indústria de serviços – Administração. I. Schommer, Paula Chies. III. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDD: 613 – 20.ed.

LUIZA MORITZ AGE

**COPRODUÇÃO DE SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE:**

**A CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES
PELA QUALIDADE NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS
SERVIDOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Administração como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em administração.

Banca Examinadora:

Orientadora: _____
Prof. Dra. Paula Chies Schommer
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Membro: _____
Prof. Dra. Micheline Gaia Hoffmann
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Membro: _____
Prof. Dra. Suzi Barletto Cavalli
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Membro: _____
Me. Leandro Pereira Garcia
Diretor de Vigilância em Saúde – Prefeitura de Florianópolis.

Florianópolis, 12/08/2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para que essa pesquisa fosse idealizada, realizada e concluída:

À professora orientadora desse trabalho, Dra Paula Chies Schommer, por me incentivar a iniciar o mestrado, pela orientação durante todo o curso, por me dar segurança para adentrar em uma área de pesquisa distinta daquela em que me graduei, por suas correções minuciosas e por me fazer enxergar o serviço público com outros olhos - mais inovadores, esperançosos e menos conformados.

À professora Dra Suzi Barletto Cavalli, que acompanha minha evolução acadêmica e profissional desde a graduação e aceitou acompanhar-me em mais um trabalho, contribuindo com seu grande conhecimento e experiência na área da nutrição e por aceitar o convite para compor a banca de defesa desta dissertação.

À professora Dra Micheline Gaia Hoffmann por suas ótimas contribuições no início dessa pesquisa e por aceitar, também, compor a banca de defesa desta dissertação.

Ao Diretor de Vigilância em Saúde da Prefeitura de Florianópolis, Leandro Pereira Garcia, por me mostrar o caminho da promoção de saúde, por me fazer acreditar novamente que é possível realizar serviços públicos com qualidade e respeito ao cidadão, por ter sido o primeiro a me incentivar a cursar o mestrado, por me mostrar o caminho para chegar lá, por me indicar muitos dos materiais de estudo, artigos e livros que utilizei durante essa jornada, por me ajudar na escolha das disciplinas, por contribuir de forma decisiva na escolha do tema dessa dissertação, por confiar em mim para realizar esse

trabalho e, por fim, por aceitar o convite para compor a banca de defesa desta dissertação.

Ao Gerente de Vigilância Sanitária e Ambiental da Prefeitura de Florianópolis, Artur Jorge Amorim Filho, pelo apoio a minha decisão de iniciar o mestrado, por entender que a pesquisa seria minha prioridade em certos momentos, por também acreditar na minha capacidade de realizar esse trabalho, pelos tantos conselhos dados ao longo desse caminho e por me proporcionar um grande amadurecimento profissional durante o período em que trabalhamos lado a lado.

Aos colegas fiscais de Vigilância em Saúde e fiscais de Vigilância Sanitária, especialmente ao Cristiano Ogasavara Simões, pelo incentivo para iniciar o mestrado, por acreditar na ideia dessa pesquisa mesmo quando achávamos que seria algo a fazer num futuro muito distante, por participar de todas as reuniões do grupo de trabalho e por suas importantíssimas contribuições; à Denise Albernaz Ramos, por sempre aceitar participar dos meus projetos, por ter ido – junto com o Heitor - a todas as reuniões do grupo de trabalho que pode, por contribuir com críticas construtivas, por continuar contribuindo com a pesquisa mesmo estando em licença maternidade, e, por ser, além de colega, uma grande amiga há mais de oito anos; a Mara Regina Moreira e Cláudio Soares da Silveira, por apoiarem minha escolha pela carreira no serviço público ao invés da nutrição clínica e minha escolha pelo mestrado desde o início e por me ajudarem, com excelência, a contar a história da Vigilância Sanitária de Florianópolis nessa dissertação; aos fiscais atuando na fiscalização sanitária de alimentos (Tiago Castro, Aurélia Petry, Denise Campos, Luiza Nascimento, Rodrigo Gonçalves, Juliana Moraes e Camila Kaplan), que solicitamente testaram em campo, avaliaram e contribuíram de forma significativa

para a elaboração do Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes; e a todos os colegas frequentadores do “Café no Medicamentos”, por me apoiarem, motivarem, consolarem, abraçarem, rirem de mim e comigo durante todo esse período – vocês são sensacionais!

Às nutricionistas que participaram do grupo de trabalho (Carolina Freire, Elisa Berkenbrock, Clarice Melo, Rafaela Bertuol e Ana Laura Rodrigues), contribuindo para a construção do Roteiro de Inspeção e, especialmente às nutricionistas Suellen Martinelli, por participar ativamente das reuniões, por trazer outros estudos e pontos de vista para as discussões e por me emprestar e encaminhar materiais sempre que percebia conexões com a minha pesquisa; e Ana Carolina Abreu, por acreditar no projeto, pela assídua participação e por colaborar com seus profundos conhecimentos e diversas experiências na área da nutrição.

Aos participantes da última reunião do grupo de trabalho, Alzira Horn e gestores de restaurantes (Camila Dutra, Ana Lúcia Corrêa, Tatiane Nascimento, Kelly Valgas, Fernando, Graziela Berté, Roseli Miranda e Gisela) que, assim que convidados, colocaram-se à disposição para contribuir.

À Assessora de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, Carla Argolo, e ao designer da Prefeitura de Florianópolis, João Guilherme de Oliveira, pelo desenvolvimento do símbolo da Certificação e Classificação em Qualidade Nutricional, de acordo com as sugestões do grupo de trabalho.

Às amigas, desde a infância e adolescência, Camila Gerent, por me ajudar com os trâmites da inscrição no mestrado e na escolha das disciplinas, por ficar em silêncio ao meu lado enquanto eu lia os textos na praia e por me dizer que um dia acaba; Gabriela

Zampieri, por me incentivar a cursar o mestrado, por interessar-se pelo que eu estava desenvolvendo e por sempre fazer críticas construtivas as minhas ideias; e Júlia Ávila, por oferecer seu trabalho como prêmio para o sorteio aos participantes do grupo de trabalho e pela ajuda no momento final e mais complicado.

A todos os colegas de mestrado, especialmente aos colegas do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (Denise, Sabrina, Cibelly, Roberto e Marcelo) pela troca de experiências e por enriquecerem as discussões em sala de aula e, às amigas Mariana Marques e Andressa Vicenzi, pelos trabalhos desenvolvidos juntas e pelas inúmeras conversas e desabafos ao longo do curso.

Por fim, agradeço a minha mãe, Cynthia, ao meu namorado, Rafael, e, todos os outros amigos e colegas que em algum momento entenderam minhas ausências, apoiaram e incentivaram minhas escolhas.

Muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar a coprodução de um instrumento de certificação e classificação de restaurantes tipo bufê, que avalia a qualidade nutricional dos alimentos servidos, informando a população em geral e incentivando que os restaurantes melhorem a qualidade nutricional das refeições que servem, visando o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são, atualmente, as principais causas de morbimortalidade em indivíduos com idade acima de 60 anos. Mudanças nos hábitos alimentares tem se tornado necessárias para a prevenção nutricional dessas Doenças, cuja incidência está relacionada, entre outros fatores, com o aumento do número de refeições fora de casa realizadas. A vigilância sanitária pode ser definida como campo da saúde pública voltado à proteção da saúde da população com base em ações para a defesa e promoção da qualidade de vida. A vigilância sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis vem sofrendo mudanças estruturais e ideológicas desde a sua criação, na década de 1990, e se propõe, atualmente, a trabalhar para a promoção da saúde da população de seu município e não somente na prevenção de riscos e possíveis danos. A área da promoção de saúde iniciou nos anos 1980 e é definida 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. A ideia de coprodução de serviços públicos surgiu nos Estados Unidos, nos anos 1970 e, desde então, é estudada como um meio para a realização de serviços públicos, no qual são compartilhadas responsabilidades por profissionais e usuários, seja na fase de design e/ou na fase de

implementação. Políticas públicas de saúde que criam ambientes condutivos para escolhas saudáveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis. A abordagem metodológica escolhida foi a *design science*, ou seja, o desenvolvimento de conhecimento para o *design* de mecanismos a serem utilizados em soluções para problemas. Uma proposta inicial de trabalho para o desenvolvimento do instrumento foi elaborada, foram convidados atores relacionados ao tema e realizaram-se sete encontros, entre outubro de 2015 e abril de 2016, para a construção dos critérios da Certificação e Classificação em Qualidade Nutricional e do seu símbolo. Ao final, os participantes avaliaram os encontros e a proposta do trabalho. O resultado foi satisfatório em relação à proposta inicial, já que foi construído o produto esperado – o Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes e o símbolo da mesma, embora tenham havido dificuldades ao longo do processo. A abordagem de *design science* para resolução de problemas foi considerada adequada às necessidades da organização e da pesquisa, afinando-se com o modelo de coprodução do *design* de serviços públicos. Este pode servir como referência para a implementação da certificação e classificação de restaurantes em outros locais, para outros órgãos de vigilância sanitária, bem como para outras áreas no serviço público em Florianópolis.

Palavras-chave: coprodução de serviços públicos; vigilância sanitária; vigilância em saúde; promoção de saúde; classificação de restaurantes.

CO-PRODUCTION OF HEALTH INSPECTION SERVICE TO HEALTH PROMOTION:

CERTIFICATION AND RATING OF RESTAURANTS BY THE NUTRITIONAL QUALITY OF THE FOOD SERVED

ABSTRACT

The aim of the study was the coproduction of an instrument for certification and rating of buffet restaurants. The instrument assesses the nutritional quality of food served, providing information to the general public and encouraging restaurants to improve the nutritional quality of the meals they serve. The aim is to confront Non-communicable Chronic Diseases (NCDs). NCDs are currently the main causes of morbidity and mortality in individuals aged over 60 years. Changes in eating habits have become necessary for nutritional prevention of NCDs. Their incidence is related, among other factors, to the increase in meals eaten outside the home. Health inspection can be defined as the field of public health aimed at the population's health protection, based on actions for the defense and promotion of quality of life. The Health Inspection service in the city of Florianópolis has undergone structural and ideological changes since its inception in the 1990s, and is proposing to work to promote the health of the city's population, not only preventing risks and possible damage to health. The area of health promotion began in the 1980s and is defined as the community empowerment process to work on improving quality of life and health, including greater participation in the control of this process. The idea of public service coproduction appeared in the United States in the 1970s and has since been studied as a way to perform public services, in

which professional and users responsibilities are shared, in the design phase and/or the implementation phase. Public health policies that create conducive environments for healthy choices are essential to motivate people to adopt healthy behaviors. The chosen methodological approach was design science, namely knowledge development to design mechanisms to be used in solving problems. An initial proposal was drawn up for the development of the instrument. Actors related to the area were invited to participate and seven meetings held between October 2015 and April 2016, to create criteria for the Certification and Rating of nutritional quality and the emblem to be used. At the end, participants assessed the meetings and the proposed work. The result was satisfactory for the original proposal, in that the expected product was created- the Inspection Guide for Certification and Rating of Restaurants and the emblem that would be used, although there were difficulties during the process. The science design approach was considered appropriate for the organization and research, tapering to the coproduction design model of public services. This can serve as a reference for the implementation of the certification and rating of restaurants in other places, for other health authorities, as well as other areas of public service in Florianopolis.

Key words: co-production of public services; health inspection; health surveillance; health promotion; restaurants rating.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo da design research.....	42
Figura 2 – Síntese do desenvolvimento histórico da saúde pública e vigilância sanitária.....	58
Figura 3 – Número de artigos publicados por período.....	130
Figura 4 – A matriz da coprodução de Trischler e Scott (2015).....	166
Figura 5 – Modelo conceitual de coprodução de serviços de saúde de Batalden, et al. (2015).....	184
Figura 6 – Símbolo da Certificação e Classificação em Qualidade Nutricional.....	221

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Autores com maior número de publicações.....	129
Quadro 2 - Periódicos com maior número de publicações.....	129
Quadro 3 - Países com maior número de publicações (autores).....	130
Quadro 4 - Definições de coprodução.....	133
Quadro 5 - Motivações e condições que tendem a favorecer a coprodução.....	146
Quadro 6 - Métodos sugeridos para processos de coprodução de serviços públicos.....	162
Quadro 7 - Resumo do desenvolvimento dos encontros do Grupo de Trabalho para Classificação de Estabelecimentos....	197

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diversidade de relações entre profissionais e usuários na coprodução.....	140
Tabela 2 - Tipos de coprodução por Brandsen e Honingh (2016).....	141

LISTAS DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COMSEAS	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
CRN10	Conselho Regional de Nutrição
DASP	Departamento Autônomo de Saúde Pública
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FSA	Food Standards Agency
IBNF	Instituto Brasileiro de Nutrição Funcional
NYC HEALTH	New York City Health Department
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	ALIMENTAÇÃO FORA DE CASA E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	25
1.2	O PAPEL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	33
1.3	O PROPÓSITO DO TRABALHO.....	38
2	AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	45
3	O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SETOR SAÚDE.....	57
3.1	A HISTÓRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA..	57
3.2	A PROPOSTA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	82
3.3	SITUAÇÃO ATUAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM FLORIANÓPOLIS.....	88
3.4	A PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	92
3.4.1	Histórico e Conceitos.....	93
3.4.2	Experiências em Promoção Saúde.....	107
3.4.3	Classificação de Restaurantes.....	114

4	COPRODUÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS.....	119
4.1	AS ORIGENS DA COPRODUÇÃO.....	119
4.2	PRODUÇÃO ACADÊMICA EM COPRODUÇÃO.....	128
4.3	DEFINIÇÕES E TIPOS DE COPRODUÇÃO.....	131
4.4	OS COPRODUTORES.....	142
4.5	MOTIVAÇÕES E CONDIÇÕES QUE FAVORECEM O ENVOLVIMENTO EM COPRODUÇÃO.....	146
4.6	O PAPEL DOS SERVIDORES PÚBLICOS E DO ESTADO NO DESENVOLVIMENTO DA COPRODUÇÃO.....	154
4.7	POTENCIAIS VANTAGENS DA COPRODUÇÃO.....	166
4.8	POTENCIAIS BARREIRAS PARA A COPRODUÇÃO.....	171
4.9	PERSPECTIVAS.....	175
4.10	COPRODUÇÃO EM SAÚDE.....	176
4.11	COPRODUÇÃO EM SAÚDE –	

	EXPERIÊNCIAS.....	185
5	O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO..	183
6	RESULTADOS.....	215
7	CONCLUSÃO.....	227
	REFERÊNCIAS.....	231
	APÊNDICES.....	267
	APÊNDICE 1 - CARTA-CONVITE.....	267
	APÊNDICE 2 - SÍMBOLO DA CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES EM QUALIDADE NUTRICIONAL.....	268
	APÊNDICE 3 - AVALIAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO PARA CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES....	269
	APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES....	270
	APÊNDICE 5 – APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO PARA DEFESA.....	292

1 INTRODUÇÃO

O crescimento progressivo dos gastos em saúde e a constatação de que os métodos tradicionais de gestão em saúde estão longe de apresentar resultados satisfatórios são realidade em todo o mundo (LORENZETTI; et al., 2014).

Mudanças em estilo de vida e hábitos alimentares tem se tornado mais necessários pela importância da prevenção nutricional de inúmeras doenças (VEIROS et al, 2006). A obesidade, fator de risco para diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tem sido relacionada com o aumento do número de refeições fora de casa (BURTON; et al., 2006).

Para conter a crescente prevalência de obesidade e DCNT associadas, alguns países têm se esforçado para melhorar a acessibilidade a alimentos saudáveis (WEDICK et al., 2015). No Brasil, há uma tendência de expansão das ações de segurança alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS) (RECINE; VASCONCELLOS, 2011). Em Florianópolis, a Diretoria de Vigilância em Saúde vêm buscando alternativas para trabalhar esse tema de forma colaborativa entre profissionais de diversos setores e a população.

1.1 ALIMENTAÇÃO FORA DE CASA E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A alimentação é uma das atividades mais importantes do ser humano, tanto por razões biológicas óbvias quanto pelas questões sociais e culturais que envolvem o comer. As pessoas, porém, não ingerem nutrientes puros, e sim alimentos e produtos alimentícios. Assim, o ato de se alimentar engloba vários aspectos que vão desde a produção dos alimentos até

sua transformação em refeições e disponibilização aos consumidores (PROENÇA et al, 2006).

O desenvolvimento e aplicação de índices de qualidade de refeições é relativamente novo no mundo, iniciado na última década (GORGULHO; et al., 2016). Apesar de haver reconhecimento geral da importância da nutrição para prevenção de DCNT, existem poucos estudos investigando as características dietéticas das refeições. Gorgulho et al. (2016) elaboraram recentemente a primeira revisão de índices propostos para avaliar a qualidade nutricional de refeições. Foram encontrados sete diferentes instrumentos que avaliaram qualidade de refeições como café da manhã, almoço e jantar.

Veiros et al (2006) propuseram um método para avaliação qualitativa dos alimentos servidos em restaurantes, analisando variáveis como técnicas de cocção; identificação de alimentos fritos e sua combinação com sobremesas doces e identificação de itens associados com alimentação saudável, como frutas e vegetais. A análise dessas variáveis deve alertar o serviço e consumidores para a monotonia dos modos de preparo, alto consumo de frituras e de alimentos com alta densidade calórica associados e, também, consumo de alimentos fonte de vitaminas, minerais e fibras (VEIROS et al, 2006).

A partir do final da década de 1980, observou-se uma crescente preocupação com a qualidade do processo de elaboração de refeições, mas com ênfase na questão higiênico-sanitária. Proença et al. (2006) argumentam que ocorre uma supervalorização da dimensão higiênico-sanitária da qualidade, pois o fato de o alimento estar limpo e não contaminado não garante que todos os outros aspectos estejam satisfatórios.

Os restaurantes e outras unidades produtoras de refeições fora do lar são essenciais e cada vez mais importantes no sistema alimentar em quase todos os países. Mas, na ausência de um controle rigoroso no processamento, no armazenamento e na distribuição, os alimentos têm potencial para se tornarem fonte importante de doenças (EBONE; CAVALLI; LOPES, 2011).

Refeições são eventos de alimentação que incluem certas combinações de alimentos e bebidas em um período concentrado, combinando gostos e consumo de alimentos (GORGULHO; et al., 2016).

O modo de vida urbano trouxe a necessidade de adaptação das rotinas diárias das refeições de acordo com a nova disponibilidade de tempo, condições financeiras e locais disponíveis para alimentação. As soluções para as necessidades dos clientes são captadas pela indústria e comércio, que criaram novas modalidades de serviços de alimentação, contribuindo para mudanças no consumo alimentar (GARCIA, 2003).

No Brasil, tem ocorrido um substancial aumento no número de refeições realizadas fora de casa por inúmeros motivos, como dificuldades impostas pelos longos deslocamentos, jornadas de trabalho extensas, escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos e maior quantidade de mulheres no mercado de trabalho. Aumentando, conseqüentemente, o número de serviços de alimentação oferecidos (FRENCH; STORY; JEFFERY, 2001; GARCIA, 2003; VEIROS; et al, 2006; DA ROSA e PADULA, 2013).

O perfil das despesas com alimentação fora de casa no país indica mudanças no comportamento das famílias em relação ao local de realização das principais refeições. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE (BRASIL, 2004a), já no início dos anos 2000, mais de 25% da despesa média mensal familiar com alimentação era destinada a refeições fora de casa, sendo que na área urbana se gastava o dobro (26%) do que na rural (13%). Nesta pesquisa, os itens de maior peso na alimentação fora de casa foram almoço e jantar, responsáveis por 10% do total da despesa familiar com alimentação no Brasil, percentual que chegou a 32% na cidade de São Paulo e 37% entre as classes de rendimento mais alto no país (BRASIL, 2004). Já de acordo com a POF 2008/2009, 40,2% da população brasileira consumia alguma refeição fora do domicílio, apontando um aumento desse item no total das despesas familiares (BRASIL, 2010c).

Verifica-se, porém, que os hábitos saudáveis são ignorados por muitas pessoas ao comer fora de casa, porque não pensam em saúde nesse momento e o associam com prazer, o que aumenta a necessidade de cuidado com o que é oferecido nos serviços de alimentação (VEIROS et al, 2006).

O ambiente de alimentação contemporâneo se caracteriza, também, pelo arsenal publicitário associado aos alimentos; pela flexibilização de horários para comer, agregada à diversidade de alimentos e pela crescente individualização dos rituais alimentares (GARCIA, 2003).

Em pesquisa realizada por telefone em 2014, pouco mais da metade da população do município de Florianópolis (54,7%) afirmou consumir frutas e hortaliças regularmente (em cinco ou mais dias na semana), apenas 36,5% dos adultos afirmaram consumir feijão regularmente e, 26,2% da população afirmou trocar, frequentemente, refeições completas por lanches, sendo Florianópolis a segunda capital com maior percentual nesse quesito. Dentre os homens, 34,3%

afirmaram consumir carnes gordurosas com frequência (BRASIL, 2015).

O consumo diário recomendado de sódio é de 2g, o que equivale a 5g de sal por dia, enquanto no Brasil o consumo de sal é de aproximadamente 12g ao dia. Um dos principais colaboradores para esse excesso no consumo de sódio é a refeição realizada fora do lar (BRASIL, 2014).

Em estudo sobre as escolhas alimentares de consumidores de um restaurante tipo bufê, no Brasil, Rodrigues (2011) verificou que sobrepeso ou obesidade do cliente foi relacionado positivamente com a escolha de maiores porções, pouca variedade de saladas no prato e não consumo de arroz e feijão.

Na Dinamarca, Lassen et al. (2004) avaliaram o impacto de duas modalidades de distribuição de refeições na escolha alimentar de 180 pessoas que almoçavam em restaurantes localizados no ambiente de trabalho. Observaram maior consumo de frutas e vegetais e menor consumo de alimentos de alta densidade energética por aqueles que frequentavam restaurantes com sistema de bufê em comparação com os que almoçavam em restaurantes *à la carte*. Os dados sugerem que diferentes modalidades de distribuição de refeições podem ocasionar diferenças no consumo de alimentos mais saudáveis (LASSEN; et al., 2004).

Ao estudar a relação entre consumo de alimentos fora de casa e obesidade, McCrory et al. (1999) encontraram associação positiva entre frequência de consumo de alimentos em restaurantes e aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), independente de nível educacional, hábito de fumar, consumo de álcool e atividade física. Segundo os autores, ao consumir alimentos fora de casa, a pessoa está sujeita a ter, em sua refeição, maior aporte calórico, maior consumo de

gorduras e menor consumo de fibras. As refeições tendem a ser mais palatáveis e variadas, incentivando maior consumo.

Cassady, Housemann e Dagher (2004) concluíram, em estudo em serviços de alimentação, que os alimentos servidos em restaurantes tem mais gorduras, calorias e menos fibras que aqueles preparados em casa. Porções maiores encorajam um maior consumo do que aquele que seria feito em casa, especialmente quando a diferença de preço é pequena. Segundo os autores, servir alimentos saudáveis em restaurantes parece ser mais eficaz que estratégias educacionais para população com menor poder aquisitivo.

Estudo desenvolvido por Saelens et al. (2007), realizado em mais de dois mil restaurantes de Atlanta (EUA), verificou a disponibilidade de alimentos mais saudáveis, facilitadores e barreiras para alimentação saudável, preço, informações disponíveis sobre alimentos saudáveis e não-saudáveis nesses locais, focando nos fatores de risco para DCNT como obesidade, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares. A pesquisa documentou a dificuldade dos clientes em selecionar alimentos mais saudáveis. Somente 21% dos restaurantes tinham pratos principais considerados saudáveis e menos de 12% das saladas oferecidas foram consideradas saudáveis. Os restaurantes estimulavam de três a quatro vezes mais alimentos não-saudáveis do que saudáveis e os pratos principais não-saudáveis tinham o mesmo preço ou eram mais baratos que os saudáveis. Os autores ressaltaram que os resultados encontrados ilustram porque os especialistas e organizações enfatizam que uma maneira de melhorar as dietas e prevenir as DCNT e a obesidade é mudar o ambiente alimentar.

Observa-se, no Brasil, um movimento que minimiza os efeitos dessa tendência mundial do aumento de consumo de refeições desestruturadas, com a popularização dos restaurantes que servem refeições por peso, em bufês. Esse modelo de prestação de serviços permite que, de maneira rápida e com o custo semelhante à de um lanche, o cliente faça uma refeição completa. Nesse caso, torna-se evidente a necessidade de orientar as pessoas para que as escolhas sejam coerentes com suas necessidades nutricionais, pois se acredita que a possibilidade de o cliente compor seu prato de acordo com suas preferências e a variedade da oferta permitam escolhas saudáveis (PROENÇA et al, 2006; SANTOS et al., 2011).

Segundo Proença et al. (2006), um dos principais objetivos de um estabelecimento que produza refeições deve ser prevenir doenças e promover, manter ou mesmo recuperar a saúde individual e coletiva das pessoas que se beneficiam da alimentação servida. Os restaurantes em formato bufê podem mais facilmente associar a comodidade da alimentação fora de casa com um ambiente que promova saúde (RODRIGUES, 2011).

Se a qualidade nutricional dos alimentos servidos não está de acordo com as recomendações estabelecidas de alimentação saudável, pode criar hábitos incorretos de alimentação quando poderiam ter sido ensinados hábitos saudáveis (VEIROS et al, 2006).

Como as refeições fora de casa compreendem uma grande porção do total de energia ingerido em um dia, a sua qualidade nutricional torna-se preocupante (FRENCH; STORY; JEFFERY, 2001). Nas unidades comerciais, a qualidade nutricional é, geralmente, considerada somente como um diferencial de marketing e mais um aspecto a ser acrescentado ao serviço

ofertado buscando cativar o cliente (PROENÇA et al, 2006).

Nos sistemas de distribuição de refeições em bufês, diferentemente do contexto familiar, no qual as decisões alimentares são, em grande parte, delegadas à dona de casa, o comensal decide, de maneira individual, o que ele irá consumir (SANTOS et al., 2011).

A escolha do alimento a ser consumido é um processo que envolve múltiplas variáveis, sendo mais complexo do que simplesmente comer para saciar a fome, no qual outros fatores podem competir com a vontade de comer de forma saudável (FURST et al, 1996; SANTOS et al., 2011).

As escolhas que as pessoas fazem sobre alimentação determinam quais nutrientes entram no seu corpo. O processo de escolha dos alimentos incorpora não somente decisões baseadas em reflexão consciente, mas também aquelas que são automáticas, habituais e subconscientes (FURST et al., 1996).

As ações e políticas públicas no campo da Segurança Alimentar e Nutricional, no Brasil, foram tradicionalmente marcados por uma ótica centrada nas escolhas alimentares individuais, pressupondo que indivíduos bem informados estariam aptos a adotar práticas alimentares saudáveis, sem que necessariamente o sistema de produção e comercialização de alimentos fosse modificado (BURLANDY, BOCCA, MATTOS, 2012).

Estudo de Wedick et al. (2015) sugere que uma distância curta de casa até um local com alimentos saudáveis leva a uma melhora no consumo de fibras, frutas e vegetais. O estudo descobriu que uma intervenção educativa sobre alimentação saudável em comunidade foi mais eficaz nos participantes que tinham

mais fácil acesso aos alimentos saudáveis (WEDICK et al., 2015).

Máximo e Freitas (2014) citam que as escolhas alimentares que um sujeito faz ao longo da vida são moduladas pelos contextos que esse perpassa, resultando diferentes formas de lidar com a saúde. O modelo prescritivo de ações de saúde, baseado em orientações para vida saudável, não leva em consideração a impossibilidade de se pensar em saúde constantemente no dia-a-dia para fazer somente as escolhas corretas. A autonomia na promoção da saúde como política pública deve permitir que a escolha mais fácil seja a escolha saudável, evitando a culpabilização do sujeito como único responsável por sua saúde e promovendo a participação e responsabilização deste na solução do problema.

Comer fora é um fenômeno experienciado por todos os grupos étnicos e de poder aquisitivo. Apesar de ainda ser discutida a necessidade de educar os consumidores sobre escolhas em alimentação saudável, o ambiente fortalece os esforços em promover saúde (CASSADY; HOUSEMANN; DAGHER, 2004).

1.2 O PAPEL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que ambientes e comunidades que sustentem hábitos saudáveis são fundamentais para moldar as escolhas das pessoas e prevenir a obesidade. Políticas de saúde que criam ambientes condutivos para escolhas saudáveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis (OMS, 2015).

Permitir que os consumidores realizem escolhas informadas é uma forma de agir a favor, não contra, a sua autonomia, o que estimularia a adoção de estilos de

vida mais saudáveis. Permitir que opções pessoais sejam feitas de maneira mais autônoma, no lugar de o Estado simplesmente realizar escolhas alimentares no lugar do consumidor, é uma medida que, no que tange às liberdades individuais, não encontra obstáculos no marco institucional (GONÇALVES, 2014).

Dessa forma, ressalta-se a importância das certificações de qualidade que podem ser implantadas nos serviços de alimentação, objetivando a comunicação dos atributos dos alimentos aos consumidores. Estratégias desse tipo são também mecanismos importantes para aumentar a confiança dos consumidores na produção dos alimentos em restaurantes (UGGIONI, 2011). Uggioni (2011) analisou a atitude dos consumidores em relação à certificação voluntária da segurança dos alimentos em restaurantes e demonstrou uma atitude positiva dos consumidores em relação à certificação.

O reconhecimento da importância do ambiente em dar forma ao comportamento vem aumentando, mas estratégias que focam em mudanças de fatores ambientais não são tão comuns e necessitam de parceria com setores relevantes que tradicionalmente encontram-se fora dos domínios do setor saúde (BOOTH et al., 2001).

A OMS (2015) recomenda que os indivíduos tenham apoio para seguir recomendações de hábitos de vida saudáveis, através de comprometimento político e cooperação entre os setores público e privado, fazendo da atividade física e da dieta saudável escolhas de fácil acesso.

Diversas publicações nacionais e internacionais afirmam, há alguns anos, que na promoção de saúde deve-se trabalhar com propostas de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções; com

uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica entre profissionais e cidadãos; com estratégias integradas e intersetoriais, o que pressupõe uma efetiva participação da população desde sua formulação até sua implementação, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (BUSS, 2003; CARVALHO, 2004; HYDE e DAVIES, 2004; DUNSTON et al., 2009; VIEIRA et al., 2013; RENEDO et al., 2015).

A coprodução de serviços públicos traz a ideia de realização de serviços públicos por meio de responsabilidades compartilhadas por profissionais e usuários, seja na fase de design e/ou na fase de implementação. Estudos na área mostram que a coprodução de um serviço público pode trazer vantagens como maior eficiência e economia, até impactos em cidadania.

A vigilância sanitária, principalmente na esfera municipal, precisa discutir as necessidades da coletividade democraticamente com a sociedade, sendo possível, dessa forma, construir a cidadania ao mesmo tempo em que se assegura o direito à proteção da saúde (OLIVEIRA; DALLARI, 2011).

Para O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007), há um saber específico da vigilância sanitária, quanto à qualidade e segurança sanitária de produtos e serviços, que precisa dialogar com os saberes da população e dos profissionais que atuam nas demais ações de saúde. Nessa interação da vigilância sanitária com a sociedade, deve-se considerar a participação dos cidadãos na definição dos riscos com os quais se aceita conviver, reduzindo-se o caráter técnico da atual forma de decisão regulatória.

O debate contemporâneo sobre a participação da sociedade civil em esferas públicas tem indicado

inúmeras possibilidades e tendências, inclusive para o campo da vigilância sanitária, indicando mais um desafio a ser superado nessa área (OLIVEIRA; DALLARI, 2011).

A Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Florianópolis tem implementado, desde 2013, ações de aproximação com seus usuários e população em geral. A Udesc, em conjunto com a Secretaria de Saúde do município, vem buscando aprender sobre avanços gestão pública na área da saúde. Nessa parceria já foram realizadas duas dissertações de mestrado anteriores tratando do enfrentamento de problemas públicos por meio de redes e coprodução (GARCIA, 2014; SANTOS, 2014).

No campo de fiscalização sanitária em serviços de alimentação, os gestores de restaurantes são importantes atores para conter a epidemia da obesidade (PULOS; LENG, 2010). Diante do crescimento no consumo de refeições fora de casa, torna-se importante discutir não só a qualidade nutricional dos alimentos oferecidos, mas também modelos de serviços que possam estimular escolhas saudáveis (SANTOS et al., 2011).

Encorajar restaurantes a incluir alimentos mais saudáveis pode melhorar as opções disponíveis para os consumidores e prevenir os maus hábitos na alimentação fora de casa, já que quanto mais opções saudáveis oferecidas, maior a probabilidade de uma seleção de alimentos adequada nutricionalmente (MCCRORY et al., 1999).

Acredita-se que os restaurantes no formato de bufê, por reunirem características como a variedade de escolhas, a possibilidade de preços acessíveis, a rapidez e a conveniência, possam representar uma alternativa de alimentação saudável fora de casa. Porém, é necessário incentivo aos estabelecimentos para que ofereçam

opções saudáveis e para que disponibilizem informações alimentares e nutricionais das preparações oferecidas (SANTOS et al., 2011).

Quando o consumo em um mesmo serviço de alimentação é diário, principalmente quando se trata da refeição mais representativa (geralmente o almoço), o cardápio tem grande influência na saúde dos consumidores e também em seus hábitos, já que tendem a comer de forma parecida em casa (VEIROS et al, 2006).

Observa-se que a preocupação com a qualidade higiênica é considerada importante, já que houve incremento da fiscalização sanitária no país e na utilização desse aspecto como fator de atração aos clientes pelos restaurantes. Quanto aos aspectos nutricionais, porém, a sua importância varia de acordo com o tipo de restaurante. Pode-se vislumbrar uma possibilidade de elevação da importância do parâmetro nutricional como um diferencial da preocupação com a saúde do consumidor (PROENÇA et al, 2006).

Entendendo que a criação de ambientes saudáveis e o empoderamento do cidadão para fazer suas próprias escolhas são caminhos para as ações de promoção de saúde, que o governo não detém todo o conhecimento e pode ser facilitador de um processo de construção compartilhada de saberes, que as políticas públicas coproduzidas com os interessados potencialmente atingem resultados mais eficazes e que parte da população de Florianópolis tem o hábito de realizar as principais refeições fora de casa; a criação de um instrumento que identifique, para a população em geral, os serviços de alimentação que oferecem alimentos saudáveis, deve tornar mais fácil a escolha individual e criar parâmetros, que funcionam também como incentivos para os estabelecimentos comerciais de

alimentos, no sentido de melhorar a qualidade nutricional das refeições por eles oferecidas. Este é o desafio (e a possibilidade) que orienta a construção desse trabalho.

Na presente pesquisa, a vigilância sanitária do município de Florianópolis se propôs a atuar coproduzindo um serviço público de promoção de saúde, deixando de realizar somente ações preventivas para doenças e agravos infectocontagios. Dessa forma, passa a agir em conjunto com os cidadãos no enfrentamento das DCNT e na promoção da saúde, a partir da elaboração da Certificação e Classificação por Qualidade Nutricional para restaurantes em formato bufê, pela avaliação da qualidade nutricional dos alimentos servidos. Essa proposta tem o potencial de representar uma inovação na atuação em vigilância sanitária e também na união de temas abordados pelos estudos em saúde e estudos da área da administração.

1.3 PROPÓSITO DO TRABALHO

Diante do exposto, definiram-se os objetivos deste trabalho.

O objetivo geral da pesquisa foi realizar a coprodução de instrumento para fiscalização sanitária de alimentos visando à promoção de saúde e ao enfrentamento das DCNT.

Como etapas para realização desse objetivo, definem-se os seguintes objetivos específicos:

a) Descrever a situação das DCNT no mundo e no Brasil;

b) Descrever o contexto histórico, estrutura, estratégias atuais e perspectivas da vigilância sanitária no Brasil, Estado de Santa Catarina e Município de Florianópolis; da promoção de saúde e vigilância em saúde;

c) Evidenciar o estado da arte acerca do tema da coprodução de serviços públicos;

d) Selecionar práticas de coprodução de serviços públicos e promoção de saúde como referência e analisá-las em seus aspectos metodológicos;

e) Propor metodologia de trabalho para a Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos da Gerência de Vigilância Sanitária do município de Florianópolis no enfrentamento das DCNT, que aplique os conceitos de coprodução de serviços públicos e promoção de saúde;

f) Formar Grupo de Trabalho para Certificação e Classificação de Restaurantes;

g) Coproduzir o design - concepção e especificação - de um método de fiscalização sanitária de alimentos visando a certificação e a classificação de restaurantes de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos servidos.

Para cumprir esses objetivos, a pesquisa adotou a abordagem metodológica da *design science* e estruturou-se em torno de dois conceitos-chave – coprodução de serviços públicos e promoção de saúde, articulados no contexto do serviço municipal de fiscalização sanitária de alimentos em Florianópolis.

A *design science* pode ser definida como o desenvolvimento de conhecimento para o *design* de mecanismos a serem utilizados em soluções para problemas, fazendo a conexão entre o mundo teórico e o prático (VAN AKEN, 2004; JELINEK; ROMME; BOLAND, 2008). Segundo Jelinek, Romme e Boland (2008), as circunstâncias mudam e as organizações precisam se adaptar. Dessa forma, uma efetiva pesquisa organizacional pode ser adaptativa e responsiva a eventos imprevisíveis que afetam as organizações.

Enquanto as ciências naturais descrevem, explicam e predizem o que é, a *design science* se pergunta o que poderia ser, visando à melhoria das condições de vida. Hubka e Eder (1996) definiram *design* como a transformação das necessidades, demandas, desejos e limitações relatadas pelos usuários, na descrição de uma estrutura que cumpra essas demandas. Ainda segundo estes autores, o *design* normalmente acontece para responder a uma necessidade percebida.

O *design* de um processo normalmente inclui uma pesquisa interativa, criativa, oportunista, inovativa e imprevisível. De acordo com Hubka e Eder (1996), a interação é sempre necessária, já que nenhum problema de *design* é simples o suficiente para as limitações mentais de somente um ser humano.

A coprodução como método para *design* de serviços públicos conecta-se com a abordagem da *design science* ao contar com a participação de diferentes atores (como usuários e profissionais de um serviço) com conhecimentos diversificados.

Para Van Aken (2004), entender o problema é somente metade do caminho. Também é necessário criar soluções alternativas. O uso instrumental pressupõe agir de forma direta e específica nos resultados da pesquisa e não de forma geral, sendo o produto principal da *design science* um modelo de ação fundamentado (HUBKA; EDER, 1996; VAN AKEN, 2004).

Para Gregor e Hevner (2013), a *design science* envolve a construção de artefatos sociais e técnicos – como sistemas de apoio à decisão, estratégias de governança, métodos de avaliação e de intervenção.

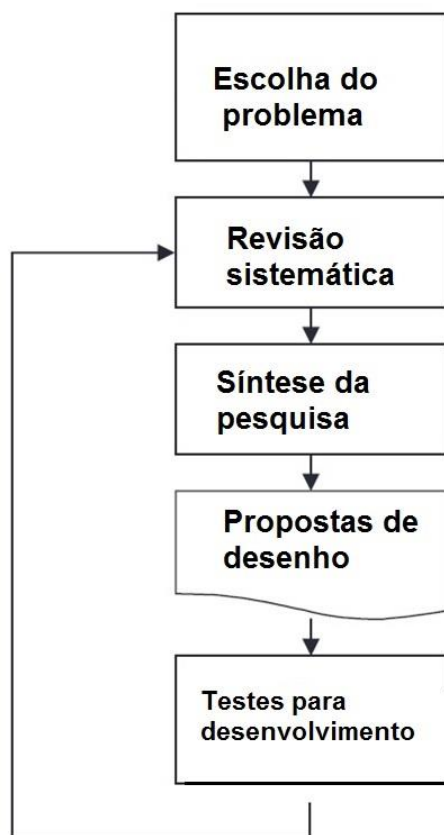
Os desafios da *design science* são trazer o conhecimento descritivo e prescritivo sobre determinado tema, ou seja, “o que” e “como” sobre um fenômeno;

criar soluções para o problema a partir das habilidades cognitivas dos pesquisadores, como raciocínio e criatividade, reunindo a “inteligência coletiva” em um efetivo trabalho de equipe (GREGOR; HEVNER, 2013).

O processo de *design* tem múltiplos níveis, como os servidores, os clientes e a sociedade como um todo. As organizações formais costumam considerar somente uma fração desses níveis, focando em fluxos de trabalho e eficiência (JELINEK, ROMME; BOLAND, 2008). Na *design science*, o objetivo é transformar práticas presentes, sejam sistemas já existentes ou não, em práticas desejadas, podendo começá-las do zero ou melhorá-las (VAN AKEN; ROMME, 2009).

Van Aken e Romme (2009) propõem um ciclo de pesquisa para a operacionalização da abordagem da *design science* como um método de pesquisa (Figura 1), que consiste na escolha do problema, revisão sistemática, síntese da pesquisa, design das propostas e testes para desenvolvimento. Esse ciclo foi seguido no presente trabalho, realizando-se a escolha do problema, a revisão sistemática, síntese da pesquisa e propostas de desenho. Na implementação do trabalho dentro da organização pública estudada, o ciclo será novamente seguido nos testes para desenvolvimento e estudos complementares.

Van Aken (2004) afirma que uma teoria tem maior chance de ser adotada para uso instrumental se baseada na abordagem da *design science*. Segundo o autor, como muitos estudantes de administração aspiram carreiras fora da academia, a missão da ciência é, nesse caso, criar conhecimentos compartilhados (entre o pesquisador e atores interessados) sobre certo fenômeno. A autora da presente dissertação atua como pesquisadora, no curso de mestrado, e, como gestora, do serviço de fiscalização sanitária do município.

Figura 1 – Ciclo da Design Research

Fonte: Van Aken e Romme (2009).

Dessa forma, pode atuar conectando conhecimentos teóricos e práticos sobre o tema estudado.

A abordagem da *design science* é coerente com teorias da administração pública que estudam ações colaborativas em planejamento, design e provisão de serviços públicos, particularmente a coprodução de serviços públicos.

A primeira etapa do trabalho foi a identificação do problema, seguida de revisão teórica sobre o tema das DCNT, vigilância sanitária, promoção de saúde, vigilância em saúde e coprodução de serviços públicos. Após, foi elaborada a proposta de trabalho para o enfrentamento das DCNT pela fiscalização sanitária de alimentos, com a criação de instrumento de certificação e classificação para restaurantes, a ser desenvolvido em coprodução com os atores interessados. Ocorreram sete encontros para a realização do trabalho proposto, entre outubro de 2015 e abril de 2016, resultando em um roteiro com critérios para a certificação e para a classificação e um símbolo para tal. O processo foi avaliado pelos participantes dos encontros. Apesar das dificuldades ao longo do processo, os objetivos foram atingidos. O modelo pode servir como referência para a implementação da certificação e classificação de restaurantes em outros locais, para outros órgãos de vigilância sanitária, bem como para outras áreas no serviço público em Florianópolis.

A estrutura do texto da presente dissertação apresenta: o problema a ser enfrentado; o contexto da organização estudada, destacando-se seu histórico, a proposta de atuação como vigilância em saúde e o contexto atual; o conceito e histórico da promoção de saúde, algumas experiências e os modelos de classificação de restaurantes existentes; a coprodução de serviços públicos, tratando de suas origens, produção acadêmica, definições, tipos, papéis, motivações, vantagens, barreiras, perspectivas e experiências em serviços de saúde. Após, é descrito o desenvolvimento da pesquisa, seus resultados e conclusões.

2 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As sociedades estão envelhecendo e seus estilos de vida estão contribuindo para um aumento na incidência e prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Elas têm gerado mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral (HONKA; et al., 2011; MALTA; et al., 2014).

Alterações da dieta humana, a partir de uma dieta paleolítica até o padrão atual de consumo, têm resultado em mudanças profundas na epidemiologia das doenças, resultando em aumento das DCNT como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

Há indícios de que o surgimento das DCNT tenha origem na transição epidemiológica que começou no Período Neolítico (10.000 a 4.000 a.C.), devido às alterações nas relações ecológicas entre humanos, plantas, animais e patógenos, como a domesticação de animais, a produção de alimentos no formato de agricultura de subsistência e a inserção de cereais na dieta. O grande gasto energético para garantir a sobrevivência só poderia ser suportado por indivíduos que conseguissem armazenar grande quantidade de energia e gastar de modo comedido. Desta forma, conjuntos genéticos humanos que garantissem menor gasto metabólico corporal foram positivamente selecionados no Neolítico (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

Ao final desse período, a exploração de novos territórios levou ao aparecimento das epidemias e

doenças parasitárias. Esse processo culminou na industrialização, que levou à perda de diversidade de alimentos, sedentarismo e poluição (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

O ser humano alterou profundamente, ao longo da evolução, o equilíbrio entre o seu estilo de vida e o meio ambiente. O estilo de vida passou a ser sedentário, com menos horas de sono, com dieta hipercalórica e pouco diversificada, consumo de cigarros, álcool e medicamentos de forma indiscriminada, além da adoção de uma conduta não eticamente ecológica em relação ao meio ambiente (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

Em meados da década de 1960, após a evolução da medicina e das técnicas de prevenção de doenças agudas, como as vacinas, foi notada uma acentuada queda da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e uma ascensão das demais causas, com forte predomínio das doenças cardiovasculares (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996).

Já em 1998, Teixeira et al. afirmavam que a busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das DCNT necessitava de modernização das estratégias de ação no campo da Saúde Pública, principalmente por essas doenças ocuparem um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações em sociedades industriais.

Schmidt, et al. (2011) afirmam que as DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça para o desenvolvimento e saúde humanos. Mesmo assim, as estatísticas de saúde mostram que doenças relacionadas a estilo de vida estão aumentando em taxas alarmantes e, apesar dos contrastes econômicos e socioculturais entre países desenvolvidos e em

desenvolvimento, as tendências observadas sobre consumo alimentar indicam a reprodução de características similares (GARCIA, 2003; HONKA; et al., 2011).

Atualmente, as DCNT são as principais causas de morbimortalidade em indivíduos com idade acima de 60 anos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Frequentemente, estão associadas a comorbidades que levam à perda da autonomia e da qualidade de vida (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

O termo transição epidemiológica é entendido como o processo de mudança na incidência ou na prevalência de doenças, bem como nas principais causas de morte, ao longo do tempo. O Brasil vem passando por uma transição epidemiológica e demográfica, com queda das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por DCNT, semelhante ao quadro epidemiológico mundial (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011; SCHMIDT, et al.; 2011).

As DCNT foram responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes no mundo, sendo 31% dos óbitos associados a doenças do aparelho circulatório, 16% a neoplasias e 5% a diabetes. No Brasil, a mortalidade por DCNT acompanhou a mesma taxa entre 2007 e 2009 (SCHMIDT; et al., 2011; DUNCAN; et al., 2012).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já afirmava que a urbanização, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis e a comercialização de produtos nocivos à saúde são outros fatores que contribuem para a exacerbação das DCNT, impondo novas demandas de longo prazo aos sistemas de saúde. E que, caso não fossem adequadamente gerenciadas, as condições crônicas não só serão a causa primeira de

incapacidades em todo o mundo até o ano 2020, mas também se tornariam os problemas de saúde mais dispendiosos para os nossos sistemas de saúde. Na Europa, por exemplo, aproximadamente 80% do orçamento para doenças já é voltado para condições crônicas (OMS, 2002; HONKA; et al., 2011).

No início dos anos 2000, a carga de doenças decorrente das DCNT, no mundo, já era de 60%. O crescimento tem sido tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Além disso, nesse mesmo ano, as DCNT devem acometer mais de três quartos de todas as mortes no mundo, sendo que 71% das mortes por doenças isquêmicas do coração, 75% de mortes por acidente vascular encefálico e 70% de mortes por diabetes, devem ocorrer em países em desenvolvimento (OMS, 2002; GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011; OMS, 2015).

De acordo com Lessa, Mendonça e Teixeira (1996), os estudos sobre DCNT antes dos anos 2000, no Brasil, eram poucos, restritos e mal distribuídos, mas os dados disponíveis já mostravam que os chamados fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer e diabetes eram frequentes na população e tinham importância similar aos dos países desenvolvidos (LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996).

Dentre as mudanças ocorridas na sociedade brasileira, podem-se citar o acelerado aumento da expectativa de vida da população (34 anos em 1900 e 66 em 1988); o declínio da natalidade; as mudanças de hábitos e costumes e a aquisição de fatores de risco ocupacionais específicos (LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996).

A queda na mortalidade por DCNT, de cerca de 2% ao ano, de 1996 a 2007, é uma grande conquista, porém as taxas para diabetes e certos tipos de câncer estão subindo, dada a crescente epidemia de obesidade, levando a crer que essas tendências não serão revertidas em um futuro próximo (SCHMIDT; et al., 2011).

Lessa, Mendonça e Teixeira (1996) afirmaram que o aumento da expectativa de vida da população era o fator demográfico de maior importância para as DCNT, pois é com o envelhecimento que aumentariam a sua prevalência, mortalidade e simultaneidade, levando a graus variados de incapacidades, muitas vezes com perda de autonomia.

As práticas alimentares contemporâneas, porém, é que têm sido objeto de preocupação das ciências da saúde desde que os estudos epidemiológicos passaram a sinalizar estreita relação entre a dieta e algumas DCNT. Dados sobre compras de alimentos pelas famílias brasileiras, realizadas em áreas metropolitanas, entre a década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças e aumento notável (de até 400%) na compra de alimentos processados, como bolachas e refrigerantes. No mesmo período, aumentou a proporção de energia proveniente de gorduras na alimentação e estimativas nacionais sobre ingestão de sódio mostram um consumo diário de duas vezes a ingestão máxima recomendada, assim como o consumo de açúcar, que excede a ingestão máxima recomendada em 60 a 80% no Brasil (GARCIA, 2003; SCHMIDT; et al., 2011).

A oferta exagerada de alimentos palatáveis e variados é um constante desafio para as pessoas, já que a sociedade está estruturada de forma que a maioria das

pessoas não precisa ser fisicamente ativa durante um dia típico (BOOTH; et al., 2001).

A opção por facilidades que poupam tempo de preparo e diminuem a frequência das compras é característica do consumidor urbano, mas os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. O consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha e alimentos processados está relacionado às doenças cardiovasculares e a diabetes (GARCIA, 2003; DUNCAN; et al., 2012).

As doenças cardiovasculares são a maior causa de mortes no mundo e também no Brasil. As pessoas morrem mais dessa do que de qualquer outra causa. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas no mundo morreram desse tipo de doença em 2012, representando 31% das mortes nesse ano. Mais de 3/4 dessas mortes ocorreram em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. (SCHMIDT; et al., 2011; OMS, 2015).

Já na década de 1990, a hipertensão arterial era a doença mais frequente na população brasileira. Se não detectada, tratada e controlada, pode resultar em complicações graves, de alta letalidade, responsáveis por incapacidade/invalidez, com licenças para tratamento de saúde prolongadas ou aposentadorias prematuras (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996).

Em 1991, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelo maior gasto com hospitalização no país e ocuparam o terceiro lugar em número de dias de internamento. Entre 1984 e 1991, os custos hospitalares das doenças cardiovasculares cresceram em 197% e continuaram aumentando. Em 2007, 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais e 7,4% de todas as hospitalizações não relacionadas a gestações

foram causadas por doenças cardiovasculares (LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996; SCHMIDT; et al., 2011).

A maior parte das doenças cardiovasculares pode ser prevenida com modificação de fatores de risco como fumo, alimentação não saudável, obesidade, inatividade física e uso de álcool (OMS, 2015).

Estima-se que, em 2014, a prevalência de diabetes foi de 9% da população global com mais de 18 anos. Além disso, 80% das mortes por diabetes ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e 50% das pessoas com diabetes morrem de doenças cardiovasculares, sendo um importante fator de risco para o desenvolvimento dessas (OMS, 2015).

Um dos grandes problemas para os sistemas de saúde pública é a demanda para hospitalizações decorrentes de complicações crônicas ou agudas da diabetes, sendo que, entre 1999 e 2001, 9,3% de todos os custos hospitalares no período puderam ser atribuídos ao diabetes (LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996; SCHMIDT; et al., 2011).

Atividade física regular, manutenção de peso saudável e não fumar podem prevenir ou atrasar o desenvolvimento da diabetes, junto com uma dieta saudável que inclua três a cinco porções de frutas diárias e diminuição do consumo de açúcar e gorduras saturadas (OMS, 2015).

A obesidade é considerada um dos principais fatores de risco para as DCNT. Os casos de obesidade na população mundial mais que dobraram desde 1980. Dentre os adultos acima de 18 anos, 39% estavam com sobrepeso e 13% obesos em 2014 e a maioria da população mundial vive em países em que a obesidade mata mais que a desnutrição. Chiarella, Salvage e McInnes (2010) afirmam que em muitos países, a epidemia da obesidade vai aumentar substancialmente

na proporção da população, inclusive jovens. Além da inatividade física, o outro fator de risco é a ingestão de dieta densa em calorias com alimentos ricos em gordura e açúcares (OMS, 2015).

Nos Estados Unidos 64% dos adultos têm sobrepeso ou são obesos (OMS, 2015). No Brasil, da década de 1970 para o final da década de 2000, o percentual de brasileiros obesos cresceu 370% (de 2,9% a 16,6%), e de brasileiras obesas, 450% (de 1,8% a 11,8%). Apenas nos últimos cinco anos, de 2006 a 2010, as taxas de obesidade nas capitais brasileiras aumentaram 21% em homens e 26% em mulheres (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996; BURTON; et al, 2006; SCHMIDT; et al., 2011; DUNCAN; et al., 2012)..

Estimativa nacional, de 2014, indica que 52,2% dos adultos, mais especificamente, 45,4% das mulheres e 60,8% dos homens, estão com excesso de peso no Brasil. Especificamente tratando da população do município de Florianópolis, esta estimativa demonstrou ser Florianópolis a segunda capital do Brasil, junto com Belém e atrás de Rio Branco, com maior percentual de homens com sobrepeso (67,6%). As mulheres tiveram melhor resultado na pesquisa, sendo demonstrado que 45,6% delas tem sobrepeso, pouco mais que a média nacional (BRASIL, 2015).

O papel da globalização na determinação dos padrões alimentares dificulta o planejamento de ações para conter a obesidade, o que se constitui hoje num dos principais desafios para o enfrentamento das DCNT (DUNCAN; et al., 2012).

Em 1988, no Brasil, o câncer representava 9,5% dos óbitos por causas conhecidas. No Sul e Sudeste, as principais neoplasias foram as da mama para as mulheres e do pulmão para os homens, acompanhando

o padrão dos países desenvolvidos (LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996).

As DCNT compartilham vários fatores de risco modificáveis, sendo os mais importantes a pressão sanguínea alta, colesterol alto, obesidade, dislipidemias, consumo inadequado de frutas e verduras, inatividade física, consumo excessivo de álcool e fumo. São todos relacionados ao estilo de vida e, se modificados, poderiam prevenir ou atrasar o desenvolvimento das DCNT. Além disso, as DCNT, atingem toda a sociedade, ainda que por caminhos diferentes. A população com maior renda é levada ao excesso de consumo e a população de menor renda tem menos escolhas saudáveis acessíveis e acaba optando por alimentos mais baratos, que durem mais tempo e deem maior sensação de saciedade (LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996; GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011; HONKA; et al., 2011).

O declínio das doenças infecciosas e o surgimento das DCNT desenharam a demografia contemporânea e promoveram o desenvolvimento de estratégias de saúde pública no mundo industrializado. Mas, o aumento rápido e continuado da obesidade, hipertensão e diabetes, em muitos países, sugere, como afirmam Chiarella, Salvage e McInnes (2010), que os modelos atuais de cuidado são inapropriados para suprir as necessidades de saúde da população. Segundo a OMS (2002), cada tomador de decisão em saúde deve aumentar a capacidade de seu sistema de saúde para lidar esse crescente problema, pois o futuro depende da escolha feita hoje (GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011; SCHMIDT; et al., 2011).

Conexões entre produção, abastecimento de alimentos, comercialização, consumo e saúde pública são mais visíveis na literatura acadêmica e em

documentos governamentais a partir da década de 1990. A concepção das políticas de alimentação e nutrição como um processo decisório que afeta quem, como, o quê, quando, onde, em que condições se alimenta, bem como as consequências deste processo, contribuiu para incorporar ao debate os aspectos referentes à sustentabilidade ambiental, problemas de saúde e desigualdades sociais (BURLANDY; BOCCA; MATTOS, 2012).

Duncan, et al (2012) citam que o quadro epidemiológico nacional confirma que é preciso desenvolver maior capacidade e competência para o enfrentamento efetivo das DCNT. No mesmo sentido, Lessa, Mendonça e Teixeira (1996) já afirmavam que a situação das DCNT no Brasil permaneceria se os responsáveis não assumissem a lógica de privilegiar a saúde da população, redirecionando maior parcela dos recursos para a promoção e a proteção à saúde.

Em estudos realizados no Brasil, observa-se baixa frequência de consumo de alimentos considerados de proteção para DCNT e altas prevalências de excesso de peso que indicam a necessidade de intervenções, incentivando a redução do excesso de peso e maior consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas e vegetais (AZEVEDO; et al., 2014).

Adotar um estilo de vida saudável e viver em um ambiente ecologicamente equilibrado necessita de investimentos em políticas para a promoção da saúde, pautadas em uma abordagem integrada e interdisciplinar. A maioria das políticas públicas conduzidas no Brasil, relacionadas à alimentação saudável, são voltadas à educação da população, o que levou a alguns efeitos considerados positivos, porém o impacto na obesidade foi insignificante (FRENCH;

STORY; JEFFERY, 2001; GOTTLIEB; MORASSUTTI; CRUZ, 2011).

A Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011, declarou que a carga das DCNT e seu impacto constituem um dos grandes desafios para o desenvolvimento no século XXI e reconheceu o papel e a responsabilidade primordial dos governos na resposta ao desafio. Contudo, é necessário um engajamento de todos os setores da sociedade para gerar respostas acertadas na prevenção e controle das DCNT (DUNCAN; et al., 2012).

Pressupõe-se atuar de forma integrada, o que pode conduzir a melhores resultados no caso do enfrentamento das DCNT. Estratégias que envolvam um aumento na discussão e no planejamento intersetoriais são necessárias para implementar e intensificar intervenções custo-efetivas que possam ajudar a criar um ambiente propício escolhas saudáveis de estilo de vida. As parcerias com a sociedade civil devem ser fortalecidas (SCHMIDT; et al., 2011; MALTA; et al., 2014).

Intersetorialidade pode ser considerada como o modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação e cooperação entre os distintos setores da sociedade para intervir nos determinantes sociais. Elas incluem ações como providências fiscais que aumentem o acesso da população a alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, e desencorajem o consumo de alimentos altamente processados, assim como ações que orientem o planejamento urbano com o objetivo de promover o hábito da atividade física regular (SCHMIDT; et al., 2011; MALTA; et al., 2014).

As ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do

governo, da sociedade civil (comunidades, organizações sem fins lucrativos) e do setor privado. Além do mais, existem evidências de que a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações propostas de enfrentamento das DCNT e da obesidade (FRENCH; STORY; JEFFERY, 2001; DUNCAN; et al., 2012; MALTA; et al., 2014).

A ação intersetorial precisa reconhecer a contribuição e o papel importante desempenhado por todos os atores interessados, incluindo os indivíduos, famílias e comunidades, organizações religiosas, universidades, meios de comunicação e da indústria, em apoio aos esforços nacionais de promoção da saúde e prevenção das DCNT (MALTA; et al., 2014).

Iniciativas de intervenção nesse sentido, com resultados positivos, já vem sendo experimentadas no Brasil e ao redor do mundo, assunto que será tratado mais a frente neste trabalho.

3 O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO - VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SETOR SAÚDE

3.1 A HISTÓRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ao longo da história humana, o homem enfrentou diversos problemas de saúde. A ênfase sobre cada um deles variou no tempo, modificando os objetos de estudo na área da Saúde Pública e, assim, a trajetória da vigilância sanitária (ROSEN, 1994; MARCHI, 2003).

A Figura 2 sintetiza o desenvolvimento da saúde pública e vigilância sanitária no mundo, no Brasil, no estado de Santa Catarina e no município de Florianópolis.

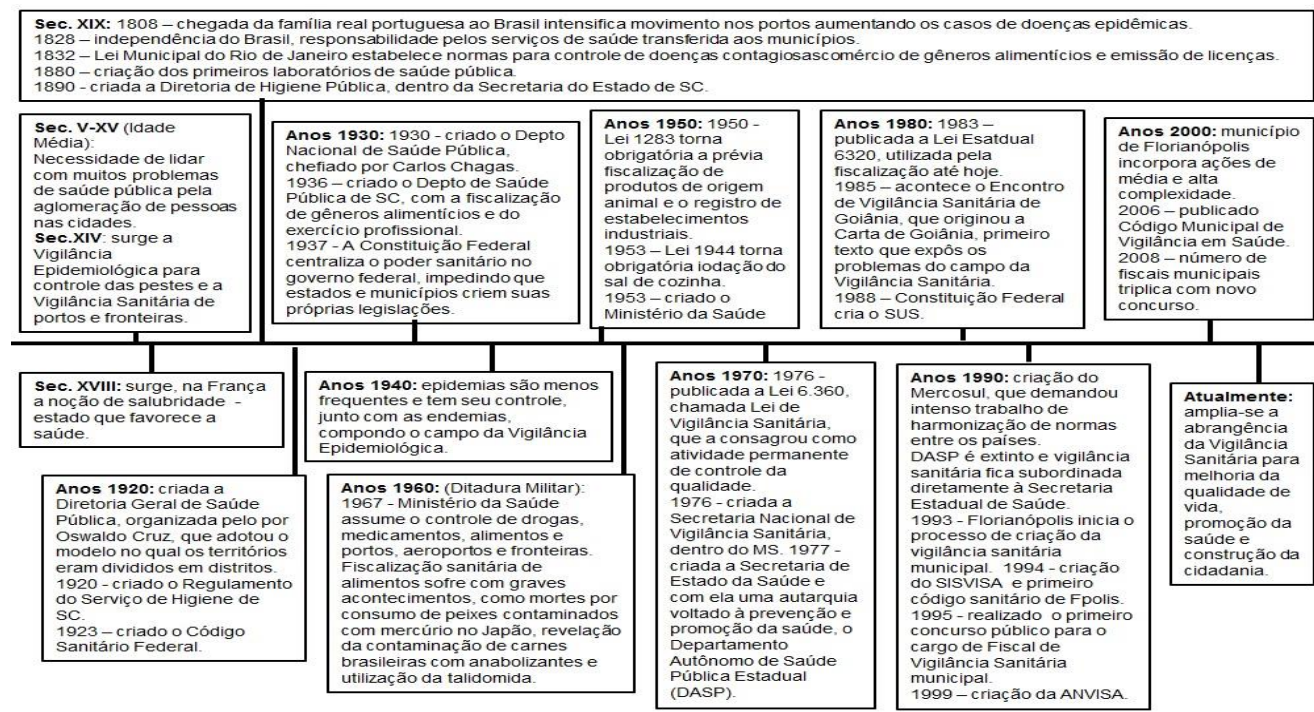
A busca da saúde acompanha a história das civilizações. No século XVI a.C. o homem já possuía a habilidade para preparar drogas e lhes determinar prazos de validade. Na Índia, em 300 a.C., uma lei proibiu a adulteração de alimentos, medicamentos e perfumes (COSTA, 1999; COSTA; ROZENFELD, 2009).

No século I d.C. já existiam funcionários públicos, em Roma, que supervisionavam a limpeza das ruas, controlavam a higiene dos alimentos, realizavam inspeção em mercados e tinham o poder de proibir comercialização de gêneros estragados (COSTA, 1999).

No período da Idade Média já houve necessidade de lidar com muitos problemas de saúde pública, resultado da aglomeração de pessoas nas cidades. Surgiram regulamentos com severas penalidades, bases de um código sanitário (MARCHI, 2003).

Durante os anos 1200 foram criadas diversas leis, proibindo adulteração de pães, venda de peixes estragados e estabelecendo inspeção sanitária prévia para animais abatidos. A partir de 1300, com a existência das pestes, é empregado o sistema de quarentena para

Figura 2: Síntese do desenvolvimento histórico da saúde pública e vigilância sanitária.



Fonte: Rosen, 1994; Costa, 1999; Silveira, 1999; Marchi, 2003; Costa, Rozenfeld, 2009.

peessoas que chegavam a diversos portos. Surgiu a vigilância epidemiológica e outra atividade para a vigilância sanitária: em portos e fronteiras (ROSEN, 1994; COSTA, 1999; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Surgiram, no século XVIII, as estatísticas populacionais e um conceito fundamental na constituição da vigilância sanitária, na França: a noção de salubridade – estado que favorece a saúde. A intensificação da industrialização ampliou o campo da regulamentação, e, conseqüentemente, a produção de normas (COSTA, ROZENFELD; 2009).

Em 1521 foi baixado o regimento de físico-mor e cirurgião-mor, atividades de controle da saúde da população, válido para Portugal e suas colônias (incluindo o Brasil). Nessa época, as atividades fiscalizatórias que existiam eram essencialmente punitivas (MARCHI, 2003).

Numerosos casos de graves prejuízos à saúde coletiva e verdadeiras catástrofes na sociedade moderna, com elevados números de mortes ou sequelas relacionadas ao consumo de certos produtos e serviços, foram sendo identificados como novas fontes de risco à saúde e, como tal, tornados objetos de regulamentação e controle sanitário (LUCCHESI, 2001).

Nascia, assim, o campo de promoção e prevenção em saúde dentro do espaço da saúde pública, o qual cuidaria da regulamentação e controle sanitários de produtos e serviços, a vigilância sanitária. Lucchese (2001) afirma que, embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que é filha da revolução industrial.

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, intensificou o fluxo de embarcações e a circulação de passageiros, aumentando a necessidade de controle sanitário para evitar doenças epidêmicas e

para criar condições de aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional. Em 1810, estabeleceram-se normas brasileiras para o controle sanitário dos portos, o controle de alimentos, a inspeção de matadouros, açougues e outros. No período colonial, as câmaras municipais fiscalizavam os alimentos para controlar seu estado de conservação, pesos e medidas (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Em 1828, após a independência do Brasil, foi instituída a nova lei dos serviços de saúde, que colocava os municípios como responsáveis por desenvolver suas ações de saúde (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

A Câmara Municipal do Rio de Janeiro elaborou, em 1832, um código de posturas, que estabelecia normas para controle de doenças contagiosas, açougues e outros estabelecimentos de gêneros alimentícios, além de introduzir a prática de emitir licença para controle das fábricas. Com o advento da febre amarela, porém, as ações municipais tornam-se frágeis e então foi criada, em 1850, a Junta de Higiene Pública, órgão federal (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Entre os anos 1880 e 1900, foram criados alguns dos laboratórios de saúde pública, possibilitando a verificação da eficiência de vacinas, medicamentos e a análise de água e alimentos (COSTA, 1999).

Durante a República Velha (1889 – 1930), com a chegada dos imigrantes europeus, o combate a doenças tornou-se necessidade econômica. A instauração da República marcou, também, o início da organização das administrações sanitárias estaduais e a constituição de órgãos de Vigilância Sanitária nas Unidades da Federação (SCLIAR; et al., 2002; COSTA, ROZENFELD; 2009).

A partir de 1889, os estados passaram a dispor de código sanitário próprio, antes mesmo da elaboração de Código Sanitário Federal, que foi previsto pela primeira vez somente em 1904, e foi elaborado em 1923. O código vigorou por muito tempo e previa o controle do exercício profissional, fiscalização de gêneros alimentícios, inclusive corantes e edulcorantes, estabelecia multas e penas de prisão para os falsificadores de alimentos e outros produtos, agindo sob controle do Departamento Nacional de Saúde Pública (COSTA, ROZENFELD; 2009).

Também na década de 1920, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que adotou o modelo das “campanhas sanitárias”, onde os territórios eram divididos em distritos. Após o episódio da Revolta da Vacina, em que a população se revoltou contra as medidas sanitaristas autoritárias de vacinação contra varíola, Oswaldo Cruz afastou-se da política sanitária, mas a metodologia utilizada foi incorporada na rotina de saúde pública (SCLiar; et al., 2002).

Nas duas primeiras décadas do século XX, as ações de vigilância sanitária adquiriram, então, certa consistência em alguns estados mais capacitados, como São Paulo, com a implantação de ações de controle de estabelecimentos comerciais de alimentos, instalação de serviços de controle sanitário de carnes e leite, dentre outras. Percebe-se o avanço na diversificação das ações de vigilância sanitária (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

O Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado em 1930, chefiado por Carlos Chagas, que estendeu a ação do departamento para o saneamento urbano e rural, para a fiscalização dos hospitais, para a

propaganda sanitária e para o combate das epidemias e endemias rurais (MARCHI, 2003).

Em 1931, na área de controle de alimentos, é enquadrada como crime a atitude de dar, vender e expor ao consumo público gêneros alimentícios fraudados (COSTA, ROZENFELD; 2009). A Constituição de 1937 centralizou o poder sanitário no governo federal, impedindo que estados e municípios criem suas próprias legislações (MARCHI, 2003).

Desde a colônia até meados da década de 1940 as epidemias absorviam a maior parte dos recursos e energias da saúde pública e, por isso, o controle sanitário era principalmente canalizado ao combate às epidemias e endemias. A partir de meados da década de 1940 o controle das epidemias, diferentes e menos frequentes, juntamente com o controle das endemias, passou a compor o campo da vigilância epidemiológica (LUCCHESI, 2001).

Outras áreas de intenso trabalho da Vigilância Sanitária na primeira metade do século XX eram o controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras, o saneamento, a fiscalização do exercício profissional (médicos e farmacêuticos) e dos alimentos (LUCCHESI, 2001).

Em 1950 a Lei 1.283 tornou obrigatória a prévia fiscalização de todos os produtos de origem animal, assim como o registro de estabelecimentos industriais. Atribuiu-se esse controle ao Ministério da Agricultura, não à vigilância sanitária, cabendo a estados e municípios fiscalizar os produtos de circulação restrita aos seus territórios. Assim, foi possível tornar a carne brasileira mais competitiva no mercado internacional – fato que se repete nos dias atuais (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Já a Lei 1.944, de 1953, tornou obrigatória a iodação do sal de cozinha, uma interferência direta da legislação sanitária no consumo de micronutrientes pela população. A medida tinha fins de controle do bócio endêmico (COSTA, ROZENFELD; 2009).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que mantém, no Departamento Nacional de Saúde Pública a mesma estrutura básica, com o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e o Serviço de Saúde dos Portos. E, foi publicada, no mesmo ano, lei tratando da fiscalização do exercício profissional relacionado com a saúde, do funcionamento dos estabelecimentos industriais e comerciais que lidam com produtos de interesse da saúde pública e dos anúncios médico-farmacêuticos (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

O Código Nacional de Saúde, publicado em 1961, estabelecia normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde e atribuiu ao Ministério da Saúde extenso espectro de atuação na regulação de alimentos, estabelecimentos comerciais e industriais, no controle de veículos, propagandas e outros, inclusive a obrigação de registro de todo o alimento que tenha sido submetido a processo de industrialização e padrões de identidade e qualidade para aditivos de alimentos. Desde então, o controle de alimentos industrializados se dividiu entre os Ministérios da Saúde e da Agricultura (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

No contexto da crise econômica dos anos 1960, em discussões no Congresso Brasileiro de Higiene de 1962 e na Conferência Nacional de Saúde de 1963, ressurgiu a pauta da descentralização total das ações de saúde para os municípios. Além disso, durante a ditadura militar, a partir de 1964, o Ministério da Saúde teve seu orçamento reduzido em favor de outros ministérios.

Ainda assim, em 1967, passa a assumir o controle de drogas, medicamentos, alimentos e portos, aeroportos e fronteiras (COSTA, 1999; MARCHI, 2003).

Nesse mesmo período, devido ao aumento nas possibilidades de exportação de produtos, a área de fiscalização sanitária de alimentos passou a sofrer muita influência internacional. Além disso, o mundo sofreu com graves acontecimentos, como mortes por consumo de peixes contaminados com mercúrio no Japão, revelação da contaminação de carnes brasileiras com anabolizantes e outros (COSTA, ROZENFELD; 2009).

Eventos negativos para a saúde da população serviram de elemento propulsor para as reformulações de normas reguladoras. Ainda na década de 1960, o episódio da talidomida⁽¹⁾ constituiu-se num marco da história da regulamentação sanitária em todo o mundo. Inaugurou-se uma era, na qual se atribuiu aos fabricantes responsabilidade pela qualidade dos produtos oferecidos (COSTA, ROZENFELD; 2009).

Em 1976, foi publicada a Lei 6.360, chamada Lei de Vigilância Sanitária. A Lei consagrou a vigilância sanitária como atividade permanente, fundamentada no controle da qualidade. No mesmo ano, foi formalizada a nova estrutura do Ministério da Saúde e criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (COSTA, ROZENFELD; 2009). Para Costa e Rozenfeld (2009), a criação da Secretaria foi positiva por confirmar a importância do trabalho em vigilância sanitária, porém

⁽¹⁾ A talidomida é um medicamento que foi desenvolvido em 1954, na Alemanha, e na mesma década foi comercializada em diversos países. Três anos após, descobriu-se os efeitos negativos nos bebês de gestantes que consumiram o medicamento, levando a proibição da comercialização do medicamento em todo o mundo. Atualmente, a utilização do medicamento é permitida somente em casos especiais e a comercialização do mesmo é sujeita a controle especial pelos órgãos de vigilância sanitária.

sedimentou a separação desse campo com o campo da vigilância epidemiológica. A Secretaria foi criada para modernizar e normatizar as práticas de controle sanitário (MARCHI, 2003).

Ainda da década de 1970, houve intensa produção de decretos, portarias e resoluções normativas sobre assuntos da área de alimentos, como princípios de higiene nas operações e rotulagem de agrotóxicos (COSTA, ROZENFELD; 2009).

Até esse momento, no percurso histórico das ações de vigilância sanitária, é possível identificar diferentes modelos de atuar sobre a saúde, como a polícia sanitária, as campanhas sanitárias da República Velha, a separação entre vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, na década de 1970 (PAIM, 2003).

A década de 1980 se caracterizou pela retomada dos movimentos em direção ao exercício da cidadania e à redemocratização da sociedade brasileira. A vigilância sanitária tornou-se mais conhecida, dividida entre a proteção à saúde da população e os interesses na venda de mercadorias e serviços (COSTA, ROZENFELD; 2009). Lucchesi (2001) afirma que, sempre deficiente de recursos e meios, a Secretaria de Vigilância Sanitária viveu um conflito de identidade: dar respostas mais rápidas às demandas empresariais ou zelar pela saúde da população. Sem estrutura de pessoal, normativa, operacional e sem suporte político, as duas alternativas mostravam-se quase excludentes.

O Encontro de Vigilância Sanitária de Goiânia, em 1985, contou com a participação de diversos estados, dentre eles Santa Catarina, e originou a Carta de Goiânia, primeiro texto que expôs os problemas do campo da Vigilância Sanitária (COSTA, 1999).

No final dos anos 1980, alguns episódios de contaminação de alimentos alcançaram a imprensa, gerando, novamente, uma intensa produção normativa na área de alimentos para regulamentar uma variedade de produtos, como alimentos para lactentes (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Então, em 1988, a nova Constituição Federal proclama, em seu artigo 200, que compete ao Sistema Único de Saúde controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; além de fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional; dentre outras (BRASIL, 1988).

O nascimento do SUS remonta do início dos anos 1980, quando vigorava um ambiente de estímulo à cidadania e participação popular em todas as áreas sociais, já que o país estava saindo de um regime militar. Além disso, contrariando a tendência centralizadora e burocratizada, estabeleceu que esse sistema seria descentralizado, ficando o mais próximo possível do controle social a ser exercido pelos cidadãos (MARCHI, 2003).

Durante as duas décadas de implementação do SUS, a vigilância sanitária sofreu marcantes transformações em seu modelo institucional e de atuação. Na década de 1990, a criação do Mercosul demandou intenso trabalho de harmonização de normas entre os vários países. Aumentou a participação da sociedade civil e introduziu-se o hábito de submeter às regulamentações à consulta pública. Alguns passos foram dados rumo à descentralização para estados e

municípios (COSTA, ROZENFELD; 2009; LUCENA, 2015).

A área de controle de alimentos também experimentou avanços consideráveis. Houve definição das atribuições dos Ministérios da Agricultura e da Saúde, regulamentação do uso de edulcorantes em refrigerantes, regulamentação de complementos e suplementos nutricionais, de alimentos para fins especiais, entre outros (MARCHI, 2003; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Em 1993, iniciou-se o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária. A principal transformação, porém, pode ser considerada a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, que surge a partir de pressões do segmento produtivo e da necessidade de restaurar a credibilidade dos produtos brasileiros no mercado internacional. A ANVISA foi estruturada nos moldes da agência americana *Food and Drug Administration* (FDA) americana, que tem como características autonomia financeira e administrativa, permitindo maior flexibilidade e agilidade (COSTA, ROZENFELD; 2009; LUCENA, 2015).

Os anos 1990, de acordo com Marchi (2003) deveriam ter sido de grande salto para a qualidade da VISA no país, mas a crise econômica não permitiu o avanço. Já na opinião de Lucchesi (2001) as denúncias de corrupção e numerosos casos de falsificação e adulterações de medicamentos tornaram pública a fragilidade do modelo de vigilância sanitária dividido entre os governos federal e estaduais.

A vigilância sanitária era também excluída dos debates sobre a reforma do sistema de saúde e dos estudos acadêmicos. Toda a literatura sobre o sistema de saúde no Brasil, até meados dos anos 1990,

praticamente não contemplava a vigilância sanitária de forma específica (LUCCHESE, 2001).

Leis e organismos para regulamentar e controlar os diferentes objetos de interesse sanitário foram sendo criados à medida que a economia se industrializava, a sociedade se organizava e o Estado se modernizava. Do controle dos portos, dos alimentos, do exercício profissional dos médicos e farmacêuticos, passou-se a atender à produção interna, às indústrias e aos produtos que podem significar riscos à saúde e, depois, no cenário na abertura econômica, a incorporar preocupações com a produção externa e os processos intencionais de regulamentação sanitária (LUCCHESI, 2001).

No momento atual, as questões ligadas à qualidade sanitária dos alimentos, com ênfase na importância da vigilância sanitária para a proteção à saúde do consumidor, têm tido destaque nas políticas públicas que tratam de alimentação, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), evidenciando as transições epidemiológica, nutricional e demográfica do país, com situações extremas de desnutrição ao lado de altas prevalências de sobrepeso e obesidade. A PNAN também assumiu o propósito de estimular as ações intersetoriais e de garantir a segurança alimentar e nutricional para a população brasileira (RECINE; VASCONCELLOS, 2011; VIEIRA, et al., 2013).

A definição de Vigilância Sanitária está contida no artigo 6º, parágrafo 1º, da Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, que afirma ser a 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 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 (BRASIL, 1990).

A vigilância sanitária, tal como foi instituída no Brasil, abrange a regulação de um leque muito grande de produtos e serviços de natureza diversa, agrupados em grandes ramos, como dos alimentos, dos medicamentos, dos produtos biológicos, dos produtos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais, dos saneantes, dos produtos de higiene pessoal, perfumes e cosméticos, além do controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras e dos serviços diversos que influenciam direta ou indiretamente a saúde da população (LUCCHESE, 2001).

Nesse contexto, a fiscalização sanitária realiza a prevenção a riscos e danos nas atividades e suas interações com os meios de vida e trabalho produtivo, devendo o espaço de atuação da vigilância sanitária ser multiprofissional. O termo vigilância sanitária deve ser empregado, então, como o campo da saúde pública que protege a saúde da população com base em ações integrais para a defesa e promoção da vida em seu ambiente (LUCCHESE, 2001; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; ARREAZA; MORAES, 2010).

Souza e Costa (2010) afirmam que a vigilância sanitária é necessariamente função do Estado. Assim, pode ser considerada um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam à produção social de saúde e realizada mediante um conjunto de práticas desenvolvidas pelo Estado para a organização econômica da sociedade e

proteção dos interesses da saúde (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; SOUZA; COSTA, 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) cita que a regulação sanitária deve contribuir para o adequado funcionamento do mercado, a fim de propiciar um ambiente seguro para a população e favorável ao desenvolvimento social e econômico do país. A Agência tem desenvolvido diversas ações com o objetivo de aprimorar a qualidade da regulação sanitária desenvolvida no Brasil, com estabelecimento de processos e procedimentos internos mais adequados, aperfeiçoamento dos canais de participação social e implementação de ferramentas que proporcionem mais transparência e melhoria na gestão da regulação (BRASIL, 2009).

A inspeção sanitária é definida por Carvalho (2009) como o procedimento que busca avaliar os riscos à saúde presentes na produção e na circulação de mercadorias, na prestação de serviços, na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho; e exigir as medidas de correção conforme a legislação vigente (CARVALHO, 2009).

A inspeção ou fiscalização sanitária de alimentos, portanto, pode ser definida como um procedimento realizado pela autoridade sanitária que analisa toda a cadeia produtiva do alimento, verificando o cumprimento das normas de caráter sanitário (DA ROSA, PADULA, 2013; MEDEIROS, et al., 2013).

Na inspeção sanitária de serviços de alimentação, são avaliados as instalações, os equipamentos e os utensílios; a tecnologia de produção empregada; as formas de controle de qualidade; os procedimentos de desinfecção e controle de roedores e vetores; o armazenamento, o transporte, a comercialização dos

produtos; bem como o monitoramento da saúde dos funcionários (MEDEIROS, et al., 2013).

Assim, os estabelecimentos que comercializam alimentos devem obedecer a regras e padrões previstos em leis e decretos dos três níveis da administração pública. A adequação, a conservação e a higiene das instalações e dos equipamentos, os técnicos responsáveis pelos estabelecimentos, a origem e a qualidade das matérias primas e o grau de conhecimento e preparo dos manipuladores são imprescindíveis para garantir a segurança dos alimentos. Costa (2009) cita que a qualidade é atributo presumivelmente esperado de bens relacionados com a saúde, sendo de responsabilidade do produtor e do prestador de serviços a garantia dessa qualidade (COSTA, 2009; GERMANO; GERMANO, 2011).

Segundo Costa e Rozenfeld (2009), a vigilância sanitária é a forma mais complexa de existência da saúde pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas em saúde: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

O trabalho em vigilância sanitária, no conjunto dos serviços públicos de saúde realizado na dimensão coletiva, tem características técnicas e sociais específicas que o distinguem dos trabalhos que lidam diretamente com a assistência à saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

O modelo criado, entretanto, tem se baseado no poder de polícia, com pouca visibilidade para o público e até mesmo para os profissionais de saúde. A face mais visível é a fiscalizadora, mesmo quando insuficientemente exercida (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; COSTA, ROZENFELD; 2009).

Lucchese (2001) analisou a vigilância sanitária brasileira de acordo com trabalhos dos autores que a estudam, apreciações informais dos empresários, relatos dos técnicos de vigilância sanitária dos diferentes níveis de governo, e cidadãos consumidores através de suas representações e concluiu que se tratava de uma área de intervenção do Estado que funcionava precariamente, na visão desses atores.

Uma das funções do Estado moderno é a de proteger e promover a saúde e o bem-estar dos cidadãos, zelando pelos interesses coletivos, intervindo nas atividades de particulares e disciplinando-as, quando põem em risco a saúde pública, porém o apelo burocrático, caracterizado pela impessoalidade, forte hierarquia, uso imperativo da autoridade legal e pelo formalismo, destaca-se com relevância suas origens até os dias atuais (LUCCHESI, 2001; MARCHI, 2003).

Para Marchi (2003), o primeiro ponto relevante do percurso histórico da vigilância sanitária é o caráter jurídico-normativo que permeia os trabalhos técnicos. O poder de polícia é inerente ao Estado, um poder que limita as liberdades individuais e as condiciona ao interesse público. A redução das práticas à fiscalização, no entanto, limita o alcance da vigilância sanitária na transformação das condições de saúde. O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007) afirmam que sem as atividades educativas e de comunicação, a vigilância sanitária não alcança efetividade (MARCHI, 2003; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; COSTA, ROZENFELD; 2009).

O trabalho de regular, monitorar, fiscalizar e supervisionar condições, processos, produtos, serviços e ambientes, com a finalidade de reduzir sua nocividade ou risco para a saúde, parece tão estabelecido institucionalmente que pouco se avançou no estudo

rigoroso das funções em vigilância sanitária. A crescente complexidade e desigualdade das situações de saúde no mundo atualmente, levam Almeida Filho (2000) a afirmar que esta aparente obviedade das ações em vigilância sanitária precisa ser desafiada (ALMEIDA FILHO, 2000).

Afirmar que o modelo de vigilância sanitária desenvolvido historicamente no Brasil é marcadamente cartorial e burocrático aponta para a necessidade de transformações e de esforços de teorização sobre os fundamentos de um possível modelo de vigilância sanitária que atenda às necessidades em saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Lucchesi (2001) afirma que a área de abrangência da vigilância sanitária foi ampliada ao longo dos anos, mas a legislação sanitária brasileira, bem como a estrutura organizacional dos órgãos de atuação na área, não acompanhou esse avanço. Para o autor, a vigilância sanitária pode ser considerada espaço de exercício da cidadania e do controle social por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais, o que exige ação interdisciplinar e requer, ainda, a mediação de diferentes instâncias, de modo a envolver o Executivo, o Legislativo, o Judiciário e outros setores do Estado e da sociedade, que devem ter seus canais de participação constituídos (LUCCHESI, 2001).

No mesmo sentido, Costa e Rozenfeld (2009) afirmam que, para que possa cumprir suas finalidades, as práticas de vigilância sanitária devem articular-se, integrar-se, com o uso concomitante de vários instrumentos, com participação e controle social, numa interlocução permanente com os diversos órgãos da sociedade civil.

Nos dias atuais, amplia-se a abrangência da Vigilância Sanitária em torno da noção de qualidade de

vida, promoção da saúde e construção da cidadania. Esses temas ultrapassam os interesses dos indivíduos e alcançam toda a coletividade. Assim sendo, uma vez identificados os riscos, é preciso empreender ações de fiscalização, mas também a comunicação e a educação – de fundamental importância pela democratização do conhecimento (COSTA, ROZENFELD; 2009; SOUZA; COSTA, 2010).

Lucchesi (2010) comenta que, talvez, pela dificuldade em lidar de modo adequado com as incertezas e com a necessidade de tomada de decisões rápida, os gestores da vigilância sanitária têm falhado na função de compartilhar com a sociedade a tarefa de escolher a melhor decisão.

Educação e comunicação em VISA, de acordo com Carvalho (2009), são atividades planejadas para promover a adoção de comportamentos, atitudes e práticas saudáveis e de prestar informações sobre a produção e a circulação de mercadorias, a prestação de serviços, o meio ambiente e o ambiente de trabalho.

As ações carecem de cooperação e de ação coletiva seja por pessoas ou pelas unidades político-administrativas. Para Lucchesi (2001) a vigilância sanitária representa, no âmbito do SUS, um influente mecanismo para impulsionar ações e movimentos de participação. Por esse motivo, o autor entende que essa área tem potencial para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania, refletindo na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos (LUCCHESI, 2001).

Souza e Costa (2010) acreditam, também, que a concepção ampliada de saúde implicará na reorientação do foco das práticas sanitárias para a promoção e proteção da saúde e não só ações de natureza preventiva.

Além disso, destaca-se a importância dos dados epidemiológicos para o trabalho da vigilância sanitária. Isso significa incorporar às práticas os resultados de associações entre a exposição a determinados fatores de riscos e o agravo ou dano, como também relacionar um conjunto de ações da vigilância sanitária a fatores de proteção da saúde individual e coletiva (SOUZA; COSTA, 2010).

O descompasso entre a análise de riscos à saúde e a gestão das ações de vigilância sanitária provoca respostas atrasadas por parte da saúde pública, demonstrando a incapacidade do Estado em dar respostas eficientes e suficientes às situações de crise envolvendo riscos à saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Um dos maiores desafios para a ação regulatória do Estado é a avaliação do risco das novas tecnologias, sejam elas substâncias, aparelhos ou serviços. Independente das regulamentações e formas de gestão, a visão predominante na área de vigilância sanitária atualmente é de que esta deve ampliar seu objeto de ação e seu modo de trabalho, incluindo determinantes do processo saúde-doença e de qualidade de vida, e, para além da fiscalização, técnicas de comunicação com a sociedade e com outros profissionais de saúde e ações intersetoriais (LUCCHESI, 2001; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

No Estado de Santa Catarina, o primeiro registro de ação no campo da VISA é de 1886 - o Código de Posturas de Araquari que citava capítulo de Higiene Pública, referindo-se a limpeza de cemitérios, estado dos produtos alimentícios comercializados, preservação da qualidade da água e lançamento de lixo em locais públicos (MARCHI, 2003).

Nos anos 1890 foi criada a Diretoria de Higiene Pública, dentro da Secretaria do Estado. Em 1918, foi

criada a Inspetoria de Laticínios, responsável por fiscalizar sistematicamente o leite e seus produtos derivados, contando com dois fiscais sanitários em seu quadro de pessoal. Em 1920, foi criado o Regulamento do Serviço de Higiene de Santa Catarina (MARCHI, 2003).

Entre os anos 1925 e 1931, foram criadas diversas legislações regulando serviço de farmácias, gabinetes dentários, hospitais, casas de saúde e comércio de drogas, além de novo regulamento para o Serviço de Higiene Pública. A participação popular era incentivada através de recompensa monetária – metade da multa aplicada ao infrator denunciado (MARCHI, 2003).

Em 1936, foi criado o Departamento de Saúde Pública, fixando várias competências no âmbito da Vigilância Sanitária, como a fiscalização de gêneros alimentícios e fiscalização do exercício profissional. Somente em 1977 foi criada a Secretaria de Estado da Saúde e com ela um órgão, em condição de autarquia, voltado à prevenção e promoção da saúde, o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), que, dentre seus setores, continha a Divisão de Vigilância Sanitária (MARCHI, 2003).

Em 1983, quando as atribuições das vigilâncias estaduais se tornam mais nítidas, a Divisão de Vigilância Sanitária foi transformada em Diretoria de Vigilância Sanitária. A lei 6320 de 1983 foi regulamentada por doze decretos, muitos utilizados pelo Estado e municípios até hoje, que tratam de áreas específicas de atuação, dentre elas alimentos e bebidas. Nos anos 1990, o DASP foi extinto e a VISA fica subordinada diretamente à Secretaria Estadual de Saúde. Atualmente, a Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina é

subordinada à Superintendência de Vigilância em Saúde (MARCHI, 2003).

Em relação à participação da sociedade nas vigilâncias sanitárias estaduais em geral, Lucchesi (2001) citou, no início dos anos 2000, que a participação da sociedade era ainda mais precária do que no governo federal. Além dos conselhos estaduais, não havia instâncias formais de participação para representantes da sociedade organizada e a grande maioria dos Estados não tinha canais de comunicação com a população. Nos dias de hoje, a população catarinense pode comunicar-se com a vigilância sanitária estadual através de denúncias, atendidas pelos fiscais estaduais ou repassadas ao município, de acordo com a pactuação das ações com cada um.

A municipalização das ações de Vigilância Sanitária em Florianópolis se deu a partir da Constituição Federal de 1988, e da publicação da Lei Federal 8080 em 1990. Como em todo o país, ocorreu o compartilhamento de responsabilidades de proteção e defesa da saúde, sendo necessária uma relação de cooperação técnica, operacional e financeira entre ANVISA, estados e municípios, numa relação pactuada (SILVEIRA, 1999; MARCHI, 2003).

A discussão sobre a necessidade de implementar serviços descentralizados e articulados em vigilância sanitária remonta à década de 1980 (LUCENA, 2015). No início dos anos 2000, com vários municípios já realizando ações de forma descentralizada, discutia-se que as atividades necessitavam avançar na qualidade. Além disso, a cooperação técnica e política realizada com os estados deveria incorporar a integração das ações de vigilância sanitária a outras ações de proteção à saúde, como a proposta da vigilância em saúde. Assim, o processo de municipalização da vigilância

sanitária não se realizaria de maneira fragmentada, da mesma forma que as ações municipais não seriam executadas de forma isolada das demais ações municipais de saúde e a descentralização seria forte incentivo para a participação cidadã (PAIM, 2000; LUCCHESI, 2001; MARCHI, 2003).

No ano de 1993, a gestão municipal de Florianópolis iniciou o processo de criação da vigilância sanitária. A Coordenadoria de Saneamento, órgão da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social iniciou a estrutura para que o município de Florianópolis assumisse as responsabilidades inerentes à vigilância sanitária, que eram exercidas pela Vigilância Sanitária Estadual, esta vinculada a Secretaria de Estado da Saúde (SILVEIRA, 1999).

O espaço físico era restrito a uma sala de 15 metros quadrados, com móveis antigos, uma máquina de escrever, somente um antigo veículo para transporte e não havia telefones. Os recursos humanos resumiam-se a cinco técnicos, um motorista, um assistente administrativo e um servidor operacional. Nesse primeiro momento, as atividades consistiam no atendimento de denúncias relacionadas a esgoto a céu aberto, lixo e criação de animais (MARCHI, 2003).

No segundo semestre de 1993, foi firmado um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o que garantiu uma melhora das condições na estrutura física e de recursos humanos, incorporando-se a equipe 02 engenheiros sanitaristas, e mais 01 assistente administrativo (SILVEIRA, 1999).

Além dos recursos estruturais e humanos, foi firmada parceria com analista de sistemas de outro órgão governamental para o desenvolvimento do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária conhecido, até hoje,

como Sisvisa. O sistema foi um dos pioneiros no Brasil para atuação em vigilância sanitária. Assim, quando iniciou oficialmente a municipalização, em 1994, o município de Florianópolis contava com cadastro de estabelecimentos regulados e a emissão dos alvarás sanitário e habite-se sanitário totalmente informatizados (SILVEIRA, 1999).

Logo no início do ano de 1994, a equipe ampliou-se ainda mais, com a incorporação de um médico veterinário, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Além disso, para a concretização da municipalização, era necessário que o município possuísse um Código Sanitário Municipal. Para tanto, com o apoio da Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV), foi firmado um convênio entre esta e o Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvendo-se o texto do Código Sanitário de Florianópolis, Lei nº. 4.565, de 19 e dezembro de 1994. Este, além de estabelecer as regras que norteariam as ações da vigilância sanitária municipal por mais de uma década, transformou a Coordenadoria de Saneamento na Divisão de Vigilância Sanitária, introduzindo formalmente a vigilância sanitária na estrutura organizacional do município (SILVEIRA, 1999).

Dispondo então de estrutura, em dezembro de 1994 foi assinado o Convênio 197 de 1995, publicado no Diário Oficial do Estado somente em dezembro de 1997, entre a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social e a Secretaria de Estado da Saúde formalizando a municipalização das atividades de controle de alimentos, saneamento e saúde do trabalhador (SILVEIRA, 1999).

No ano de 1995 foi realizado o primeiro concurso público para o cargo de Fiscal de Vigilância Sanitária municipal, preenchendo cinco vagas, e, novamente foi

realizado concurso no início dos anos 2000, contratando mais três fiscais. Além dos concursos, ao longo dos anos foram se incorporando à equipe diversos técnicos cedidos pela Vigilância Sanitária Estadual. Da mesma forma, a estrutura física foi sendo ampliada (SILVEIRA, 1999).

Analisando a vigilância sanitária municipal do início dos anos 2000, Marchi (2003) já observava tendências que reproduziam a dinâmica das vigilâncias sanitárias estadual e federal, de caráter jurídico-normativo e forte hierarquia. Ainda, a “Divisão de Vigilância Sanitária” municipal, passava, nessa época, por problemas, de acordo com os servidores e gestores, como não entendimento do governo municipal da vigilância sanitária como prioridade; reduzido número de profissionais; desconhecimento dos profissionais sobre o papel da vigilância sanitária municipal; inexistência de envolvimento e comprometimento de forma interativa entre profissionais e usuários; caráter coercitivo e fiscalizatório sobrepondo-se ao preventivo e educacional; inexistência de instrumentos voltados para mensuração, monitoração, controle e avaliação das políticas; falta de legislação que atendesse aos reais anseios da população e dos profissionais (MARCHI, 2003).

No ano de 2003, com base na Programação Pactuada e Integrada, deu-se a segunda etapa de municipalização, na qual o município assumiu o controle da comercialização de medicamentos e das atividades de interesse da saúde e de média complexidade. Em seguida, no segundo semestre de 2004, iniciou-se a terceira etapa da municipalização com a incorporação das responsabilidades de ações de alta complexidade.

No ano de 2006 entrou em vigor a Lei Complementar Municipal nº. 239, de 10 de agosto de 2006, instituindo o Código de Vigilância em Saúde de

Florianópolis. E no ano de 2007, com a Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental já subordinada à Diretoria de Vigilância em Saúde, foi realizado concurso para prover 50 vagas na fiscalização de vigilância em saúde no município, sendo que os “novos” fiscais, dentre eles, a pesquisadora e autora do presente trabalho, iniciaram suas atividades no primeiro semestre de 2008, possibilitando ampliação das ações de vigilância sanitária e vigilância em saúde no município. As ações de aproximação com cidadão e comunidades continuaram, porém, da mesma forma – através do atendimento, por vezes precário, de denúncias. A aproximação com os outros componentes da Vigilância em Saúde, como Vigilância Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador, não era incentivada. As características de fiscalização repressora e forte hierarquia continuavam presentes.

A proposta de descentralizar os serviços de saúde municipais, com a criação dos distritos sanitários – sede local da administração dos serviços de saúde de cada uma das cinco regiões do município – gerou a divisão, em 2010, dos fiscais atuantes na vigilância em saúde, pelos cinco distritos e a sede central, que permaneceu com a fiscalização das atividades de alta complexidade. Nesse momento, os fiscais lotados nos distritos sanitários realizavam todas as ações de baixa complexidade e várias ações de média complexidade, sem perceptível divisão de tarefas.

Dentre os objetivos da distritalização, estava a aproximação com a comunidade local, que estaria, em teoria, fisicamente mais próxima dos serviços de vigilância em saúde. Sem recursos humanos para dar manutenção à estrutura física dos distritos e para atender à população nos momentos em que os fiscais se encontravam em campo, os distritos sanitários acabaram

não atendendo na totalidade às expectativas dos cidadãos e dos profissionais lá alocados.

A situação atual da Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental em Florianópolis será abordada no item 3.3, após a explanação da origem, conceito e propósitos da vigilância em saúde.

3.2 A PROPOSTA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A proposta brasileira de integração de práticas que extrapolam a dimensão individual do cuidado e abarcam a articulação entre promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos é a Vigilância em Saúde (TEIXEIRA, SOLLA, 2006).

A noção de vigilância em saúde pública aparece já nos séculos XIV e XV, quando na República de Veneza, foram nomeados guardas de saúde pública para detectar e excluir os navios com pessoas infectadas, resultando na quarentena como meio de controle da disseminação das doenças infecciosas (FREITAS, 2003).

No século XVI, registros da situação de morbidade passam a ser armazenados e sistematizados. No século XVII, padres paroquiais, no Reino Unido, realizam os primeiros relatórios semanais do número e causas de óbitos. Esses eram interpretados e forneciam informações acerca da extensão da praga de doenças no território, subsidiando a tomada de ações apropriadas (FREITAS, 2003).

No século XIX, a coleta e a interpretação de dados relacionados à saúde com o objetivo de identificar as ações apropriadas para os problemas públicos tornam-se completamente desenvolvidas na Europa, incentivadas pelo desenvolvimento da microbiologia e de saberes sobre a transmissão de doenças infecciosas (FREITAS, 2003; ARREAZA; MORAES, 2010). No Brasil,

os termos utilizados na época com esse significado foram vigilância médica e, posteriormente, sanitária (ARREAZA; MORAES, 2010).

No início do século XX, a expansão do conceito de vigilância e o desenvolvimento de diferentes sistemas com métodos de coleta, análise e difusão de dados diversificados chegaram ao Brasil, mas até então o conceito de vigilância significava a observação próxima de pessoas expostas a doenças notificáveis para detectar os primeiros sintomas e instruir prontamente as medidas de isolamento e controle da doença (FREITAS, 2003; ARREAZA; MORAES, 2010).

Somente a partir dos anos 1950 e 1960 foi observada uma modificação do conceito, num sentido mais abrangente. A vigilância passou a ser concebida como uma função essencial das práticas de saúde pública, devendo possuir três características básicas: coleta sistemática de dados, análise dos dados coletados e disseminação da informação por meio de relatórios epidemiológicos (FREITAS, 2003; ARREAZA; MORAES, 2010).

A partir do final dos anos 1980 e início dos 1990, consagrou-se o conceito de vigilância em saúde pública, que significou um avanço diante da definição de vigilância que era predominante. A partir dos anos 1990, foram propostas mudanças em direção à democratização das práticas de saúde na perspectiva do SUS. Isto implicou na reorganização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, como a identificação dos determinantes da saúde coletiva e individual (FREITAS, 2003; ARREAZA; MORAES, 2010).

O objeto de ação ampliou-se, então, para além dos fatores de risco ou doenças, passando a incidir sobre as necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde e os serviços precisaram organizar-se

tendo por finalidade a satisfação das necessidades de saúde no plano coletivo e individual. O diagnóstico epidemiológico orientaria desde sempre os planos de ação, delimitando os campos e as opções possíveis de atuação (ARREAZA; MORAES, 2010).

Além da incorporação da identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças infecto-contagiosas, desenvolveu-se a necessidade de enfrentar principalmente as DCNT, que passaram a ocupar um lugar predominante no perfil das populações em sociedades industriais, incluindo o Brasil. Segundo Paim (1994), a modernização se deu tanto pela ampliação e diversificação do objeto de ação da vigilância em saúde pública quanto pela incorporação de novas técnicas e instrumentos de geração de informações. Autores internacionais também tratavam da abordagem ampliada de vigilância em saúde pública em meados dos anos 1990, considerando que uma abordagem holística para a vigilância em saúde pública poderia ser a chave para a necessária abordagem holística das práticas de saúde pública (LEVY, 1996).

Em 1996 foram definidos os recursos financeiros que caberiam a cada município nas ações de Vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, permitindo que os municípios também caminhassem para a construção de um modelo fundamentado na Vigilância em Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

No início dos anos 2000, Paim (2003) já discutia: como combinar os meios existentes para promover saúde com a resolução de problemas de saúde individuais e coletivos; a noção de que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza econômica, política e culturalmente, o que estimulava propostas menos restritas para os problemas e necessidades de saúde; a incorporação da promoção e

da proteção da saúde ao conjunto de medidas adotadas pelo SUS; articulação com outros setores para ampliação do escopo de intervenções (PAIM, 2003).

O emergente modelo de vigilância da saúde já trazia a necessidade de incorporar o amplo papel da epidemiologia em suas propostas de ação e também compreender as relações sociais que determinavam a distribuição desigual dos agravos à saúde (ARREAZA; MORAES, 2010).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, publicadas em 2010, esta tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população. Desenvolve as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, incluindo a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2010a).

Levy (1996), autor norte-americano do campo de saúde pública, citou que os “perigos” a serem enfrentados no campo da vigilância em saúde pública incluíam aqueles relacionados com a poluição do ar, interno e externo; da água; a contaminação de alimentos; produtos para consumo; segurança nas estradas, em casa e no trabalho. As consequências desses riscos poderiam ser doenças agudas, crônicas e outros traumas. Conceção essa similar a de autores brasileiros.

Segundo Paim (2003), a Vigilância em Saúde é uma proposta de intervenção sobre problemas de saúde, com ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; sem imposição de limites desnecessários e

demasiados pelo obsessivo controle dos indivíduos; reforçando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, intervindo sobre situações e não unicamente sobre fatores de risco.

A Vigilância em Saúde supera a dicotomia entre as denominadas práticas coletivas (vigilância sanitária e vigilância epidemiológica) e as individuais (assistência médica) e tem como suporte institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local - municipal (FREITAS, 2003).

A Vigilância em Saúde busca a integralidade das ações e serviços de saúde, entendida como “um conjunto articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, integrados numa rede regionalizada e hierarquizada constituída num sistema único de saúde” (BRASIL, 1990) isto é, um modelo que contemple a articulação de um conjunto heterogêneo de práticas voltadas ao controle dos determinantes, dos riscos e dos danos à saúde individual e coletiva (TEIXEIRA, SOLLA, 2006; ARREAZA; MORAES, 2010).

No início dos anos 1990, já era claro o posicionamento de autores canadenses sobre a necessidade, para promover saúde, de não só possibilitar o desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias, mas também de intervenção através de um amplo conjunto de meios políticos, legislativos, fiscais e administrativos, os quais deveriam ser mais integrados e intersetoriais, focando maior atenção à articulação da saúde com vários outros domínios fora do setor saúde (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990).

Ao final da década de 1990, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) também já entendiam que o desenvolvimento da Vigilância em Saúde exigiria disponibilidade e interesse de outros órgãos

governamentais, de grupos sociais e pessoas, em um trabalho coletivo.

Para executar suas funções, a Vigilância em Saúde depende de articulações para além do “setor saúde”, com a incorporação de novos sujeitos, como os cidadãos e profissionais de diversas áreas, em espaços de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas, além da combinação de tecnologias das diversas organizações envolvidas. Essa proposta assume que um setor somente não consegue lidar com as DCNT e as mortes por causas externas e são necessárias outras habilidades, como o estímulo à mobilização de diversos grupos, combinando liberdade de escolha com responsabilidade social pela saúde, visando à qualidade de vida dos grupos e indivíduos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; TEIXEIRA, PAIM, 2000; FREITAS, 2003; TEIXEIRA, SOLLA, 2006; ARREAZA; MORAES, 2010; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Para Levy (1996), nos países onde não há acesso a dados confiáveis sobre exposição a riscos do ambiente, os profissionais de saúde pública devem utilizar-se de informações qualitativas, entrevistando informantes-chave, como aqueles expostos aos riscos (LEVY, 1996).

As ações de Vigilância em Saúde, ao envolverem a própria população como participante ativa no processo, promovem uma cultura que estimula a autonomia e a capacidade de pensar e agir coerentemente diante das situações que a vida impõe a cada momento. Além disso, essas ações fortalecem laços comunitários e estimulam a reflexão sobre a realidade das suas formas de vida e sobre suas experiências (FREITAS, 2003; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A participação comunitária pode trazer à tona dados e informações simplesmente desconsideradas pelos mecanismos tradicionais de vigilância e que poderão ser fundamentais para a compreensão dos problemas locais (FREITAS, 2003).

Ao contribuir para a constituição de cidadãos saudáveis, conscientes de seu direito, as políticas públicas contribuem para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades prioritárias de saúde e envolvendo, cada vez mais, a população como protagonista da proteção, preservação e cuidado à sua saúde individual e coletiva (CARVALHO, 2004; TEIXEIRA, SOLLA, 2006).

Para Lucchesi (2001), não tem sentido uma estruturação dos serviços de vigilância sanitária de forma fragmentada e desarticulada dos outros serviços, em especial, de outras ações de proteção à saúde. A concepção de vigilância em saúde no nível dos municípios parece oferecer, segundo o autor, avanços conceituais, metodológicos e instrumentais que podem contribuir para a redefinição dos processos de trabalho e para a reorganização do modelo de serviços na área da saúde.

A riqueza teórica e prática da Vigilância em Saúde consistem, então, na base política e sanitária necessária para a consolidação do paradigma da promoção da saúde no campo da saúde pública brasileira (ARREAZA; MORAES, 2010).

3.3 SITUAÇÃO ATUAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM FLORIANÓPOLIS

No ano de 2013 iniciou-se outra gestão na Secretaria Municipal de Saúde e, conseqüentemente, na Diretoria de Vigilância em Saúde. A nova gestão

deparou-se com um grupo parcialmente desmotivado pelas dificuldades encontradas nos anos anteriores e acostumado com a abordagem fiscalizatória, da atividade emissão de Alvarás Sanitários, praticada até então na Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental. Em meados de 2013, a pesquisadora assumiu a Coordenação de Fiscalização Sanitária, coordenando a partir de então todos os trabalhos envolvidos na atuação em vigilância sanitária, com um grupo de pouco mais de 30 fiscais.

A partir da discussão, com diversos servidores, dos conceitos de Promoção de Saúde e da proposta de atuação da Vigilância em Saúde, uma maneira diferente de pensar o trabalho começou a tomar forma para alguns gestores municipais da área.

Dentre as medidas tomadas, ocorreu em meados de 2014 a divisão informal dos fiscais em núcleos de especialidade, de acordo com sua formação, identificação com a atividade e necessidade de pessoal para cada área.

Os núcleos foram inicialmente liderados por esta pesquisadora como uma forma de organizar o trabalho e melhorar a capacitação técnica dos fiscais para determinadas áreas. Verificado o sucesso da prática dentro da organização, foi proposta ao Secretário de Saúde uma modificação no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, visando à criação de departamentos para cada um dos núcleos.

Enquanto modificações no organograma não são possíveis, foram criadas as Coordenações de Fiscalização Sanitária, que foram lideradas por coordenadores eleitos entre os fiscais de cada coordenação. Os coordenadores assumiram suas funções em janeiro de 2015, realizando reuniões periódicas para padronização das atividades dentro da

coordenação, elaboração de Regimento Interno e participando da construção do Planejamento Estratégico Situacional da Gerência.

O presente estudo focaliza as atividades da Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos. Esta é composta por onze fiscais, sendo um deles o coordenador. As principais atividades, desta coordenação, de acordo com seu Regimento Interno, são: fiscalizar, no que compete à Vigilância Sanitária, o desenvolvimento de atividades relacionadas à fabricação, distribuição e comercialização de alimentos, em todas as fases da cadeia produtiva; sugerir a elaboração de normas para respaldar as ações de fiscalização da coordenação; apoiar a Gerência de Promoção de Saúde na promoção da alimentação saudável e; apoiar a Gerência de Vigilância Epidemiológica nas investigações de surtos relacionados a alimentos.

A Gerência de Vigilância Sanitária do município de Florianópolis tem, por sua vez, como missão “proteger e promover saúde por meio do controle do risco sanitário” e visão: “romper com o paradigma fiscalizatório-repressor, de modo a não apenas proteger, mas também promover saúde, tornando-se uma referência nacional de vigilância sanitária contemporânea” (FLORIANÓPOLIS, 2015).

Já existem pequenas ações em curso dentro da Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos e da própria Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental que evidenciam a preocupação da organização com a promoção de saúde e também com a participação cidadã nos serviços prestados. Nos últimos três anos, os mecanismos de realização de denúncias foram aprimorados e seus atendimentos dados como

prioritários, incentivando a realização de mais denúncias e assim contar com mais “cidadãos-fiscais” nas ruas.

Além disso, em 2014, foi publicado o Decreto Municipal 13025, que propõe participação, responsabilização e educação sanitária dos estabelecimentos regulados pela fiscalização sanitária. Ao requerer, anualmente, o alvará sanitário para seu estabelecimento, os responsáveis preenchem um checklist, denominado “Roteiro de Auto-Inspeção”, ficando cientes dos deveres que tem a cumprir pela legislação sanitária em vigor e sendo responsabilizados pelo correto preenchimento do instrumento. Dessa forma, de acordo com o histórico do requerente e as informações constantes no Roteiro, o estabelecimento pode ser licenciado sem necessidade de visita do fiscal naquele momento. Os fiscais podem então visitar mais vezes os locais que ainda necessitam de visitas frequentes (FLORIANÓPOLIS, 2015).

O incentivo à participação cidadã nas decisões em saúde, mais especificamente na área de alimentação e nutrição, também foi fomentada pela Diretoria de Vigilância em Saúde, a partir da contribuição de representantes da Vigilância Sanitária e Promoção de Saúde municipais na articulação para formação, em 2013, do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (COMSEAS) de Florianópolis. Até então, a única capital do país sem o Conselho formado. A sociedade civil representa dois terços dos conselheiros, sendo um espaço de discussão sobre o tema, que funciona com plenárias mensais e comissões sobre assuntos diversos, na opinião dos conselheiros, com estrutura precária até o presente momento.

Desde o ano de 2014, tem ocorrido uma aproximação entre as Gerências de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica e

Promoção de Saúde, todas vinculadas à Diretoria de Vigilância em Saúde. Essas gerências iniciaram um trabalho visando à alimentação saudável no município de Florianópolis, o que gerou duas ações. Uma delas foi a iniciativa de formação de Rede de Agricultura Urbana municipal, que visa fomentar a criação e manutenção de hortas urbanas e outras formas de produção de alimentos no âmbito urbano para garantir acesso facilitado de todas as comunidades a uma alimentação saudável. A rede, que deve ser formalizada nos próximos meses, conta com participação de diversos segmentos do governo, sociedade civil organizada e cidadãos. Além disso, foi elaborada legislação acerca das cantinas escolares, ainda não publicada, com o objetivo de melhorar a qualidade nutricional dos alimentos servidos às crianças aos adolescentes.

Ainda que algumas ações pontuais de coprodução de serviços públicos visando promoção de saúde e alimentação saudável já estejam em desenvolvimento, faz-se necessário avançar no desenho e implementação de novas possibilidades, o que exige um estudo mais profundo das teorias e práticas de Coprodução de Serviços Públicos e Promoção de Saúde, visando à integralidade das ações da Coordenação, de acordo com os preceitos do SUS, no seu principal serviço – o licenciamento de estabelecimentos comerciais de alimentos.

3.4 A PROMOÇÃO DE SAÚDE

O prolongamento da vida trouxe em si novos problemas sanitários. De um lado, o aumento das DCNT, próprio do processo natural de envelhecimento biológico. De outro, um aumento da exposição aos fatores e situações patogênicas típicos das transformações sociais

e culturais ocorridas na sociedade moderna, fortemente marcadas pela industrialização e urbanização (CARVALHO, 1996).

No atual contexto de busca de alternativas à crise do setor saúde, cujas raízes estão parcialmente na reprodução de práticas inadequadas às mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das sociedades contemporâneas, desenvolve-se, ao final do século XX, o projeto de promoção da saúde enquanto uma resposta a esses desafios sanitários (TEIXEIRA; PAIM, 2000; CARVALHO, 2004).

3.4.1 Histórico e Conceitos

Os primeiros conceitos de promoção de saúde surgiram na primeira metade do século XX, quando Winslow (1920) definiu promoção da saúde como um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal. Antes, definiu saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência.

Sigerist (1946) foi outro dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção de saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e a reabilitação. Afirmou que "a saúde se promove proporcionando condições de vida descentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso".

Já era reconhecido há muito tempo, como citam Mckeow, Record e Turner (1974), que as melhorias na nutrição e no saneamento e a diminuição do número de

filhos foram responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra, no século XIX e na primeira metade do século XX, identificando o contexto do ambiente como influente na saúde humana.

As teorias de promoção de saúde modernas têm como documento de referência o Informe Lalonde, publicado em 1974. Esse documento, um memorando de discussão produzido pelo Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, sintetizou um ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir sobre comportamentos individuais para que sejam saudáveis (CARVALHO, 2004).

O conceito de determinantes de saúde já contemplava, no Informe Lalonde, a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes – biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde - dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde. O 'ambiente' inclui todos os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle. De acordo com o autor, os indivíduos, por si, não podem garantir a inocuidade nem a pureza dos alimentos, cosméticos, dispositivos ou a contaminação do ar e da água, os ruídos ambientais e a disseminação de doenças transmissíveis. Já o componente 'estilo de vida' representa o conjunto de decisões que o indivíduo toma com relação a sua saúde, mas sobre os quais exerce apenas certo grau de controle (LALONDE, 1996).

O Informe Lalonde foi o primeiro documento oficial a usar o termo promoção de saúde. A motivação central da publicação parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem

exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que apresentava (BUSS, 2003).

De acordo com Draper (1995), o Informe recebeu mais atenção internacional do que doméstica, porém abriu portas para um novo debate e reconheceu politicamente a necessidade de inovações.

A concepção atualmente difundida de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental. A formulação do conceito e seus desdobramentos tiveram um marco importante: a Conferência de Ottawa, em 1986 (TEIXEIRA e SOLLA; 2006). A Carta de Ottawa, documento construído na Conferência, define 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" (Brasil, 2002), inserindo-se, de acordo com Buss (2003) nos conceitos mais amplos de saúde. O conceito de promoção da saúde passa então a ser considerado a espinha dorsal da nova saúde pública e é pela primeira vez definido em termos de políticas e estratégias (CARVALHO, 1996).

A Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde. E cita que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver e que, dado que o conceito de saúde como bem-estar global transcende a ideia de estilo de vida saudável, a promoção da saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2003).

A Carta de Ottawa também reconhece que as decisões políticas de outros setores têm uma contribuição crucial para a saúde; que os ambientes físicos e sociais são importantes para o estabelecimento das condições de saúde; que a comunidade pode e deve desempenhar um papel fundamental nas ações e que os serviços de saúde precisam ser reorientados (CARVALHO, 1996).

O Ministro de Saúde do Canadá em 1986, Jake Epp, já afirmava que aqueles tempos eram caracterizados por mudanças sociais rápidas e irreversíveis. Mudanças em estruturas familiares, população mais idosa e maior participação da mulher no trabalho fora do lar estavam exacerbando certos problemas de saúde e criando uma pressão para novos modelos de apoio social, forçando as autoridades de saúde a buscarem novas abordagens (EPP, 1987).

A sua proposta de abordagem, como Ministro da Saúde do Canadá, tratava a promoção de saúde como a integração de ideias de diversas áreas – saúde pública, educação em saúde e políticas públicas – representando a expansão do uso até então tradicional do termo promoção de saúde e fortalecendo o sistema de saúde (EPP, 1987).

No seu pronunciamento, Epp (1987) citou acreditar em três mecanismos intrínsecos para a promoção de saúde, o auto-cuidado ou as decisões e ações que indivíduos tomam no interesse de sua própria saúde; o cuidado mútuo, ou as ações que as pessoas fazem para ajudar uns aos outros e; os ambientes, ou a criação de condições e ambientes que conduzam para a saúde.

A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis, dentre elas a

alimentação e nutrição e a criação de ambientes favoráveis para que as pessoas vivam vidas saudáveis (BUSS, 2003).

Após alguns anos, a Conferência de Jakarta, na Indonésia, em 1996, primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento, trouxe uma atualização da discussão sobre o reforço da ação comunitária, a posição central da participação popular e do *empowerment*, realçando, para isso, a importância do acesso à educação e à informação. Foram definidas cinco prioridades, dentre elas: promover a responsabilidade social com a saúde, consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade, aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos (BUSS, 2003).

No Brasil, a partir dos anos 1980, com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, as ações e serviços de saúde foram institucionalizados como política pública e a saúde estabelecida como um direito de todos e um dever do Estado (LORENZETTI; et al., 2014).

Segundo Almeida Filho (2000), realizou-se nos anos 1980 e 1990 um importante trabalho de formalização de teorias, enfoques, métodos e técnicas no Brasil, dentro da área da saúde pública. Nesse processo, têm emergido no campo novos temas de conhecimento e de intervenção, como os casos da comunicação social em saúde e da vigilância em saúde, além do resgate de práticas tradicionais como a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária (ALMEIDA FILHO, 2000).

As estratégias promocionais, assim como o desenho e implementação de políticas públicas para a saúde, têm, porém, esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, na ausência de

uma política estratégica de desenvolvimento social e no predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009)

A Política Nacional de Promoção da Saúde, homologada em 2006, apresentou diferentes esferas de ações que indicam sua intenção de atuar de forma intersetorial, como o reconhecimento da busca da equidade; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento da participação social; a promoção das mudanças na cultura organizacional; o incentivo à pesquisa e à divulgação das iniciativas voltadas para a promoção da saúde, enfatizando metodologias participativas e o saber popular (BRASIL, 2010b).

A promoção da saúde, de acordo com Arreaza e Moraes (2010), pode apresentar-se em todos os níveis de gestão do SUS e deve estar comprometida com os serviços e ações que coloquem usuários e profissionais como protagonistas na organização do trabalho em saúde.

Para Epp (1987), a saúde é um estado que indivíduos e comunidades lutam para atingir, manter ou readquirir e não somente algo que vem meramente como resultado de tratamento e cura de doenças. É uma força básica e dinâmica no dia-a-dia, influenciada por circunstâncias, credos e ambientes cultural, social e econômico (EPP, 1987).

O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde, entretanto, circunscreveram-se por muito tempo a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença (CZERESNIA, 2003).

O corpo opera processos complexos de intercâmbio com o meio e, na medida em que estes podem contribuir para determinar o fenótipo, a saúde corresponde a uma ordem implicada tanto na esfera

biológica da vida, quanto no modo de vida. Dessa forma, devemos entender o ambiente como um espaço físico e social organizado pela ação do homem, que, ao organizar o espaço, estabelece um sistema de relações em constante transformação; assim, as condições necessárias ao aparecimento das doenças alteram-se com o tempo (ALMEIDA FILHO, 2000).

Ao se considerar saúde em seu significado amplo, está-se lidando com algo tão amplo quanto a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve ações amplas, mas também a singularidade e autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 2003).

Buss (2000) indica que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo condições adequadas de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, de trabalho, de educação ao longo de toda a vida, entre outros. Assim, as atividades de promoção de saúde estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente.

O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007) consideram a promoção da saúde uma das funções essenciais da saúde pública e, como estratégia articulada às demais políticas do SUS, possibilita pensar e operacionalizar ações para responder às necessidades sociais em saúde, dirigidas aos sujeitos e à coletividade.

Considerando a proposta de promoção de saúde da Carta de Ottawa, Fleury-Teixeira, et al (2008, p. 2118) afirmam que a promoção da saúde é “a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde” e localizam a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde, ou seja, busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades.

Já Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) citam que a promoção da saúde pode ser compreendida como a visão de saúde que considera as diversas causas do processo saúde-doença, a partir de valores éticos de democratização, estímulo à participação social, equidade e de promoção da sustentabilidade, a partir de ações intersetoriais.

A estratégia preventiva tem foco nos conhecimentos técnicos e responsabilidades centradas nos profissionais de saúde. Busca que os indivíduos fiquem isentos de doenças e orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco. Seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990; BUSS, 2003).

Já promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar. Então a promoção da saúde, diversamente da prevenção, tem seu foco na saúde, propondo abordagens inclusive fora do chamado setor saúde, que visam manter e melhorar os níveis de saúde existentes (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990; CZERESNIA, 2003).

A promoção da saúde é bem mais ampla que a prevenção, pois se refere a medidas que não se dirigem somente a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Essas ações têm protagonismo de indivíduos não-técnicos e de movimentos sociais, assim como a ação combinada de políticas públicas, modificação de estilos de vida intervenção ambiental, através de um amplo arco de medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, que objetiva estabelecer mecanismos para reduzir as situações de

vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007). De acordo com Waltner-Toews (2000), essas estratégias deveriam ser incentivadas e por vezes desenvolvidas pelos profissionais de saúde, mas esses não estão, necessariamente, preparados para lidar com essa tarefa. Parte do problema pode ser explicado pelas habilidades necessárias, que são diferentes daquelas que fazem a medicina tão poderosa em lutar contra as doenças e gerir emergências.

Para Paim (2003), se as políticas públicas em geral puderem ser formuladas tomando a saúde e a qualidade de vida como referentes fundamentais, a ação intersetorial consequentemente estaria sempre coerente com o movimento da promoção da saúde.

Ao final dos anos 1990, Hawe et al. (1997) admitiam que os programas de promoção de saúde deveriam ser pensados como investimentos, sendo que os benefícios não seriam representados somente pelo resultado medido em dado período de tempo. Sobre as condições de vida e saúde, Buss (2003) colocou, no início dos anos 2000, que elas haviam melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, sendo as medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, as razões fundamentais para esses avanços.

Paim (2003), no mesmo sentido, afirmou que a promoção da saúde representava uma das possibilidades de intervenção sobre a realidade sanitária, seja na perspectiva individual ou coletiva.

Já no final dos anos 2000, Buss e Carvalho (2009) indicaram que existiam grandes possibilidades de que a promoção de saúde continuaria em trajetória ascendente no país, nos campos da política pública, da ciência e

tecnologia, assim como dos movimentos sociais (BUSS; CARVALHO, 2009).

Honka et al. (2011), contudo, já afirmam que as campanhas de promoção de saúde pública e os cuidados individuais com a saúde não foram efetivos o suficiente para parar o aumento das DCNT e persuadir as pessoas a levar um estilo de vida mais saudável. Além desses autores, Lorenzetti et al. (2014) também citam que os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas.

Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábito, mas na abordagem da promoção da saúde a unidade de análise e intervenção deve mover-se daquelas direcionadas a indivíduos para aquelas ações mais complexas, direcionadas para populações, como o desenvolvimento de comunidades e a elaboração de legislações (HAWES; et al., 1997; CZERESNIA, 2003).

Qualidade de vida implica em oportunidade para tomar decisões e ter satisfação de viver. Segundo Epp (1987), a saúde é um recurso que dá às pessoas possibilidade de gerir e modificar seus ambientes. Essa visão de saúde reconhece a liberdade de escolha e enfatiza o papel dos indivíduos e comunidades em definir o que saúde significa para eles.

Sobre esse aspecto, Buss (2003) afirmou que a intervenção com indivíduos tem vantagens em termos de reduzir o surgimento de complicações e de melhorar a letalidade, a mortalidade e o tempo de sobrevivência. Já a ação junto às populações tem vantagens em termos de modificar a incidência de agravos e doenças, evitando,

assim, que surjam novos indivíduos com necessidade de tratamento e acompanhamento pelos serviços de saúde

Epp ainda coloca que, na década de 1980, esforços preventivos foram estendidos para o estilo de vida e comportamento individual, mas, “infelizmente, a relação causal entre comportamento e saúde não é tão clara como a relação entre germes e doenças” (EPP, 1987, p. 421).

Carvalho (2004) também afirma que, partindo do pressuposto de que práticas pouco saudáveis são “riscos auto-impostos” e causas relevantes da não-saúde, surgiu a necessidade de novas políticas que viessem a interferir sobre os hábitos de vida. Essas estratégias, apesar de produzirem efeitos positivos no que se refere à adoção de estilos de vida mais saudáveis, no seu conjunto, vêm obtendo impacto limitado sobre as condições de vida da população marginalizada.

Nesse ponto, Epp (1987) afirmou que a promoção de saúde deveria ser relacionada com disseminação de informações, na expectativa de que isso traria as mudanças desejadas no estilo de vida das pessoas. O ex-ministro citou que, para serem efetivas, as campanhas de informação não devem ser isoladas, devem ser combinadas com outras atividades.

As intervenções para modificar comportamentos devem levar em consideração o ambiente em que a pessoa vive, mas em alguns casos sofisticam-se as estratégias de culpabilização das próprias vítimas, propostas insuficientes para implementar intervenções políticas de promoção da saúde (HONKA; et al., 2011; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

A promoção de saúde, como já afirmava Epp (1987), deve tornar-se um exercício multifacetado que inclui educação, treinamento, pesquisa, legislação,

coordenação de políticas públicas e desenvolvimento comunitário.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Entretanto, conforme Buss (2000) é uma ilusão acreditar que se pode criar uma sociedade saudável simplesmente criando indivíduos saudáveis. “Criar uma comunidade saudável não é somente fazer com que as pessoas comam bem e exercitem-se diariamente” (WALTNER-TOEWS, 2000, p. 659).

Apesar de promissora, a proposta de promover a saúde implica o estabelecimento de agendas públicas e ações intersetoriais com a participação de diversos atores e organizações, envolvendo também cidadãos e comunidades para pensar em saúde e melhor qualidade de vida (ARREAZA; MORAES, 2010).

A Carta de Ottawa já enfatizava que as ações comunitárias seriam efetivas se fosse garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área. É o conceito de *empowerment* comunitário, que Buss (2003, p. 27) define como “a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde”.

O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007) colocam que o conceito de empoderamento apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas individualmente ou de forma coletiva. Segundo Buss (2003), os indivíduos e as comunidades devem mesmo ter o poder de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde.

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, como o

acesso à informação, habilidades para viver melhor e oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Para que ocorra o empoderamento do cidadão é fundamental viabilizar estratégias que busquem garantir a participação da pessoa na definição do seu próprio modo de encaminhar a vida e que propiciem, no cotidiano, o encontro entre profissionais e usuários (CARVALHO, 2004).

O empoderamento cidadão pode instrumentalizar o delineamento de ações que tenham como objetivo a superação da desigualdade que predomina na relação entre os profissionais e usuários. Além disso, permite a combinação de estratégias, como ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003; CARVALHO, 2004).

Segundo Carvalho (2004), deve-se utilizar uma abordagem de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que confunde o profissional de saúde com o provedor de serviços e o usuário com o cliente. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2003).

Para Freitas (2003), as habilidades devem ser desenvolvidas prioritariamente em nível local, que possibilita maior participação da sociedade tanto nas estratégias de cuidado da saúde como nos processos decisórios.

Na perspectiva do SUS, a descentralização e a participação devem fazer parte de um binômio indissociável. A descentralização deve ser compreendida como diretriz para que o poder de decisão seja de quem está mais perto de onde realmente acontecem os fatos.

A legitimidade é dada pelo exercício do controle social pelos usuários, mediante o processo participativo. De acordo com a legislação, no caso do SUS, a participação popular deve dar-se através dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos e das Conferências de Saúde, nas quais são avaliadas e propostas as diretrizes para a formulação da política de saúde (MARCHI, 2003; DALLARI, 2009).

Segundo Epp (1987), criando um clima favorável à participação pública, pode-se canalizar essa energia, habilidades e criatividade dos membros da comunidade com o esforço nacional em atingir saúde. Os atores locais podem ser desprendidos dos setores formais vinculados à promoção da saúde, mas tem que ser considerados como legítimos agentes consultivos, planejadores e avaliadores das ações das políticas de promoção da saúde (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

O modo de resolução dos problemas democrático e participativo é tão importante quanto a solução encontrada, já que processos e resultados possuem, ainda que separados, profundos efeitos sobre a saúde humana (FREITAS, 2003).

Buss (2000) afirma que a mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social.

Ainda, o autor cita que, numa nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos, entre público e privado, a questão da participação não deve ser entendida como concessão, mas como pré-requisito para a definição das políticas públicas de saúde. Ou seja, não é apenas uma

circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas (BUSS, 2000).

Para Almeida Filho (2000), a Vigilância Sanitária está inserida nas práticas da Promoção da Saúde e algumas das suas ações características, como o controle de qualidade de alimentos, juntamente com a segurança de produtos industriais e de ambientes ocupacionais, constituem atividades de promoção da saúde, no sentido de que objetivam a proteção de processos normais da vida biológica e social.

3.4.2 Experiências em Promoção Saúde

As ações de promoção de saúde no Brasil são muito diversificadas, como ocorre em qualquer país ou sistema de saúde. Elas podem estar dirigidas a indivíduos, grupos de população específicos ou a toda população; podem voltar-se a um único problema de saúde, ou serem abrangentes, propondo-se, por exemplo, a enfrentar os determinantes sociais da saúde como um todo; podem mobilizar um único dos campos propostos na Carta de Ottawa ou incluir simultaneamente vários deles; podem ser apenas com ações educativas ou ações mais abrangentes de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento; podem ser implementadas no âmbito de políticas públicas universais do sistema de saúde ou por organizações privadas; podem ser uma iniciativa do governo federal ou de um governo estadual ou local (BUSS; CARVALHO, 2009).

No ano de 1992, num contexto de expansão e qualificação da atenção básica, inicia-se o primeiro programa a se inspirar e operar com preceitos de promoção de saúde, depois transformado em política estruturada, o Programa Saúde da Família (BUSS,

CARVALHO, 2009). Esse programa, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família, é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. O programa tem como objetivos a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho e empoderamento cidadão, para que este seja capaz, sempre que possível, de cuidar de si mesmo. Assim, amplia-se a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012a).

A PNAN, desde 1999, vem desenvolvendo práticas voltadas para a promoção da saúde, como a implementação do código internacional de regulação do marketing de substitutos do leite materno; introdução, no âmbito do programa de escolas promotoras da saúde, da educação alimentar de escolares e do fomento a cantinas saudáveis nas escolas; regulação da propaganda de alimentos para crianças nos meios de comunicação; regulação de promoções envolvendo ganho de brinquedos; obrigatoriedade da rotulagem nutricional de produtos industrializados e embalados, iniciada no Brasil em 2002, com o objetivo de garantir o direito à informação do cidadão-consumidor e auxiliar na seleção e aquisição de alimentos saudáveis (BUSS, CARVALHO, 2009).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2005) é o detentor das primeiras recomendações nutricionais lançadas nacionalmente. O Guia caracteriza-se por trabalhar com mensagens positivas e abordagem integrada, tratando do alimento como referência de orientação, com base na cultura alimentar e na sustentabilidade ambiental e ainda traz o desafio de

prevenir a desnutrição e a obesidade (RECINE; VASCONCELLOS, 2011; VIEIRA, *et al.*, 2013).

Já a estratégia cidades saudáveis é uma forma de implementação da promoção de saúde nos municípios reconhecida mundialmente e fomentada pela OMS. A estratégia prevê uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde. Apenas algumas ações nesse sentido estão em curso no Brasil. São iniciativas localizadas em microrregiões, que em geral reúnem como parceiros principais as prefeituras e universidades, às quais podem se agregar outros atores sociais (TEIXEIRA, SOLLA, 2006; BUSS, CARVALHO, 2009).

Caminhando no mesmo sentido, a Rede Brasileira de Municípios Potencialmente Saudáveis foi criada em 2003 e conta com 39 municípios, a maioria do estado de São Paulo, mas também há municípios dos estados do Amazonas, Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro. As prioridades dos governos municipais ligados à rede são: saúde, meio ambiente, participação social, geração de renda e segurança. De acordo com essas prioridades, os municípios desenvolvem suas políticas públicas. A rede visa apoiar os municípios a desenvolver ações intersetoriais e transetoriais; fortalecer os diferentes atores sociais no sentido da participação transformadora e busca da autonomia; construir práticas que firmem os valores e desejos dos atores sociais em relação ao seu território, para que assim colaborem para o desenvolvimento local saudável e sustentável, respeitando os critérios de equidade social e divulgar experiências de sucesso nos municípios dentro e fora da

rede (BUSS, CARVALHO, 2009; REDE DE MUNICÍPIOS POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS, 2016).

Ainda, o Movimento por Cidades e Municípios Saudáveis é uma rede de seis municípios, também do Estado de São Paulo (Bertioga, Itaoca, Lins, Motuca, Ribeira e São Paulo), reunidos em torno do conceito e práticas das cidades saudáveis. Em Pernambuco, a UFPE e parceiros lançaram, em 2005, a iniciativa Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, com cinco municípios. Há também a Rede de Comunidades Saudáveis do Rio de Janeiro, criada em 2005 e reunindo 106 comunidades (BUSS, CARVALHO, 2009).

Outro programa do Governo Federal, o Bolsa Família, nas áreas rurais mais pobres do país, tem iniciativas setoriais que se esforçam para articular a agricultura familiar e o desenvolvimento territorial integrado e sustentável nos municípios, buscando estimular a produção de alimentos por meio da prática da agricultura familiar e de subsistência. Dessa forma, estabelece-se um “círculo virtuoso”, pelo qual os recursos do Programa Bolsa Família estimulam o consumo alimentar, asseguram um melhor nível de saúde e nutrição e garantem a sustentabilidade da agricultura familiar e do desenvolvimento nos locais onde este arranjo se estabelece. Atualmente, o programa atende a mais de 13 milhões de famílias (BUSS, CARVALHO, 2009; CEF, 2016).

O Programa Nacional de Alimentação do Escolar, que existe desde 1955 e vigora até a presente data, é coordenado pelo Ministério da Educação e garante, por meio da transferência de recursos financeiros, a alimentação dos alunos da educação básica matriculados em escolas públicas. A iniciativa visa atender as necessidades nutricionais do indivíduo durante a permanência na escola, contribuindo para o

seu crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e rendimento escolar, bem como promover a formação de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012b). Com a Portaria Interministerial 1.010 de 2006, instituíram-se diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas das redes públicas e privadas, com ações de educação alimentar e nutricional, considerando os aspectos culturais e os hábitos alimentares. Há ainda o estímulo à produção de hortas escolares; restrição na comercialização de alimentos com elevado teor de gorduras saturada e trans, sódio e açúcar; incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras e; realização do monitoramento nutricional dos escolares (BRASIL, 2006). Além disso, a Lei 11947 de 2009 determinou que 30% do valor repassado às escolas públicas, pelo programa, deve ser utilizado para compra de alimentos provenientes da agricultura familiar do município, municípios próximos ou estado (BRASIL, 2012b).

No hemisfério norte ocidental, as ações de promoção de saúde na área de alimentos vêm sendo desenvolvidas há muito mais tempo, como é o caso do North Karelia Project (Projeto Norte de Karelia – tradução livre), o primeiro grande projeto de intervenção populacional em saúde na Finlândia, iniciado no ano de 1972. A alta mortalidade precoce por doenças cardiovasculares na localidade levou os gestores de saúde a criar legislação específica para a restrição do teor de óleo vegetal e manteiga dos alimentos industrializados. Os resultados do programa levaram a sua progressiva expansão como modelo de intervenção populacional, sendo que, nos anos 1980, foram aprovadas novas leis que reduziram o percentual de gordura do leite, e melhoraram as informações sobre sal nos rótulos. Nos anos 2000, ocorreram decisões para apoiar o consumo de vegetais. Além de mudanças

articuladas com políticas de saúde, agricultura e indústria e medidas regulatórias. Todas estas ações foram acompanhadas por intensa participação da comunidade e tiveram envolvimento de várias instituições, como ONGs, mídia, instituições de ensino, indústria e comércio, em intensa colaboração intersetorial (MALTA; et al., 2014).

Nos Estados Unidos, outro projeto iniciou-se em 1972, denominado “Cinco cidades de Stanford”. O projeto consistiu numa intervenção comunitária desenhada para testar o quanto um programa de organização comunitária e educação em saúde produziria mudanças favoráveis em fatores de risco para doenças cardiovasculares, morbidade e mortalidade. Os seis anos de intervenção atingiram todos os residentes das duas cidades que sofreram tratamento, sendo outras três cidades controle para comparação. O programa foi desenhado para criar uma estrutura auto-sustentável nas cidades, em que as intervenções continuassem após o estudo. Ocorreram grandes melhoras em conhecimento sobre as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco; houve melhora na prevalência em alguns fatores de risco e em geral os efeitos da intervenção foram mantidos por somente três anos. Dessa forma, os efeitos do programa foram considerados modestos, sugerindo a necessidade de novo desenho das intervenções (WINKLEBY; et al., 1996).

Outro estudo americano, realizado em Los Angeles, desenvolveu uma ferramenta para verificar a influência do ambiente do restaurante na promoção da saúde dos consumidores, envolvendo-os no processo. Foram convidados a participar indivíduos que estavam desempregados, sob condição de receber um pequeno salário. Nas entrevistas com proprietários de restaurantes, verificaram que eles eram propensos a

indicar que serviam um cardápio mais saudável do que se constatava nas visitas dos pesquisadores contratados. O estudo revelou que a maioria dos restaurantes oferecia opções de frutas e vegetais, porém não havia informações para guiar o consumidor às escolhas mais saudáveis. Além disso, as escolhas saudáveis eram, em média, 40% mais caras (CASSADY; HOUSEMANN; DAGHER, 2004).

Burton et al. (2006) examinaram os potenciais benefícios para a saúde pública de disponibilizar informações nutricionais acessíveis em restaurantes. O estudo, também realizado nos Estados Unidos, demonstrou que os consumidores entrevistados (na maioria com nível de estudo em graduação) tinham algum conhecimento sobre alimentos saudáveis ou não (como grande quantidade de calorias, gorduras e sódio), já que estimaram que os alimentos não saudáveis tivessem mais calorias que os saudáveis, apesar de terem subestimado a quantidade calórica e de gorduras saturadas dos primeiros e quantidade de sódio nos alimentos saudáveis. No segundo momento do estudo, os autores verificaram que a correlação entre informações nutricionais no cardápio e consumo de alimentos saudáveis é mais forte quando, além das calorias, são disponibilizadas informações sobre outros nutrientes. O consumo é modificado para alimentos mais saudáveis, quando as informações fornecidas são piores que as esperadas para os alimentos não saudáveis.

Esses estudos demonstram a preocupação dos países desenvolvidos em conter a epidemia de obesidade e alta incidência de doenças cardiovasculares e outras DCNT. Países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda caminham lentamente nesse tipo de estudo e, principalmente de regulamentação, investindo prioritariamente em campanhas educativas de

modificação de comportamento individual e não em ações que modifiquem o ambiente em que a população vive diariamente, fazendo com que a escolha pela saúde seja a escolha mais óbvia. Além disso, poucas ações são planejadas, desenhadas, desenvolvidas e avaliadas em conjunto com os cidadãos, aqueles que enfrentam os problemas de saúde diariamente e que conhecem bem o ambiente de suas comunidades.

3.4.3 Classificação de Restaurantes

A cidade pioneira na proposta de classificar restaurantes de acordo com a qualidade higiênico-sanitária de suas instalações foi Los Angeles, nos Estados Unidos, que iniciou, em 1998, um sistema de classificação de restaurantes de acordo com suas condições sanitárias no momento da inspeção. Além de serem obrigados a divulgar próximo à entrada do restaurante essa classificação (transformada em letras), os estabelecimentos ainda tiveram essa informação divulgada em *site* do Departamento de Saúde, assim como as violações cometidas em sua última inspeção e interdições, quando necessárias. Fielding, Aguirre e Palaiologos (2001) avaliaram os dois primeiros anos do programa, concluindo que a pontuação das inspeções continuou a crescer, a taxa de interdições diminuiu, os estabelecimentos de maior risco foram vistoriados mais vezes e foi possível descobrir dezesseis fraudes através de reclamações realizadas no *site*. Simon et al (2005) comprovaram a relação desse sistema de classificação com a redução de casos de doenças transmitidas por alimentos na população da cidade e regiões próximas.

Almanza, Smail e Mills (2002) publicaram estudo avaliando a melhora na pontuação obtida em inspeções sanitárias no município de Tiptecanoe Conty, em

Indiana, após a implementação de sistema de classificação pública nos restaurantes. O estudo demonstrou que, além da melhora da pontuação, o sistema impactou a diminuição das reclamações para o Departamento de Saúde. Segundo os autores, os sistemas de classificação não só informam os consumidores como melhoram o processo de inspeções sanitárias.

No ano de 2007, a questão da divulgação de informações de forma simples para os cidadãos no momento de suas escolhas sobre produtos e serviços foi discutida amplamente nos Estados Unidos a partir da publicação do livro *Full disclosure: The perils and promise of transparency* (FUNG; GRAHAM e WEIL, 2007). Os autores consideraram a divulgação de informações sobre higiene dos restaurantes um dos dois mais efetivos regimes em políticas públicas desse tipo, pela sua simplicidade e fácil entendimento. Em 2011, novo estudo considerou a classificação de restaurantes como exceção às políticas de divulgação de informações, que geralmente estavam falhando, afirmando que podem ser um exemplo para alternativas regulatórias promissoras (BEN-SHAHAR e SCHNEIDER, 2011).

O Departamento de Saúde da cidade de Nova Iorque iniciou, em julho de 2010, uma iniciativa parecida, o programa “*Restaurant Grading*”, que consiste em colocar, no documento que comprova a inspeção sanitária realizada, uma classificação para o estabelecimento de acordo com as irregularidades encontradas. Segundo o Departamento, a iniciativa ajuda a atingir três objetivos: informar a população sobre o resultado da inspeção sanitária de forma simples e acessível; melhorar as condições sanitárias dos

restaurantes e reduzir as doenças associadas ao hábito de alimentar-se fora de casa (NYC HEALTH, 2012).

Em avaliação realizada com 511 adultos residentes em New York, 81% relataram observar a classificação dos restaurantes e desses, 88% levam essa classificação em consideração ao escolher um estabelecimento para realizar refeição. Já a prevalência de infrações sanitárias cometidas pelos restaurantes diminuiu na comparação com o ano anterior à implementação do programa e aumentou o número de restaurante com altas pontuações já na primeira inspeção (NYC HEALTH, 2012).

No Reino Unido, incluindo Inglaterra, País de Gales, Irlanda do Norte e Escócia, desde os anos 2010, há o programa *Food Hygiene Ratings*, que classifica os estabelecimentos de comércio varejista de alimentos em número de 0 a 5, dependendo das condições higiênico-sanitárias dos mesmos. Essas classificações são expostas no estabelecimento e também podem ser consultadas em site da Food Standards Agency. A classificação é de responsabilidade das autoridades locais e ainda está sendo implantada em todos os países. Na Inglaterra, somente uma localidade ainda não tem o programa implementado (FSA, 2015).

No Brasil, a ANVISA realizou a categorização de bares, lanchonetes e restaurantes, de acordo com o cumprimento de legislações sanitárias federais, na época em que o país sediou a Copa do Mundo de Futebol, em 2014. Os roteiros foram testados pelas capitais dos estados e posteriormente aplicados nas cidades-sede dos jogos. A intenção era continuar o programa após o evento e expandí-lo para outras capitais e grandes cidades, porém, ainda não foi dada continuidade a essa classificação (BRASIL, 2016).

Além disso há, no país, iniciativas não-governamentais de classificação de restaurantes sem utilização de critérios higiênico-sanitários ou de qualidade nutricional, como as classificações disponíveis em revistas e *sítes*, principalmente os turísticos. Essas podem ser realizadas por profissionais especializados ou por avaliação dos consumidores.

4 COPRODUÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

4.1 AS ORIGENS DA COPRODUÇÃO

A relação entre o Estado e cidadãos tem mudado continuamente nas sociedades contemporâneas. Novas formas de prover serviços, incluindo os serviços públicos, estão desafiando os padrões tradicionais de produção (PESTOFF, 2012).

A administração pública reflete, sob diversos aspectos, as transformações que vêm ocorrendo na sociedade, influenciando e sendo influenciada pelo processo histórico em construção. Passou por três modelos dominantes: um modelo longo e pré-eminente, até o início da década de 1980, seguindo um viés burocrático, com a hegemonia do profissional na entrega do serviço público; o modelo da Nova Gestão Pública, que passou a ser difundido em diversos países a partir da década de 1980, onde assumiu as características do mercado, sendo criticado pela aplicação de técnicas ultrapassadas da iniciativa privada; e um terceiro modelo emergente, da Nova Governança Pública, que reconhece a interrelação da elaboração das políticas públicas e a implementação, entrega do serviço, reconhecendo a demanda da sociedade por mais democracia, transparência, responsividade, eficácia, eficiência, participação e, inclusive, pela coprodução dos serviços públicos (OSBORNE, 2006; MORETTO NETO; SALM; BURIGO, 2014).

Kissler e Heidemann (2006) apontam a transição do Estado convencional para um novo modelo de Estado: de um Estado de serviço, produtor do bem público, em um Estado que serve de garantia à produção do bem público; de um Estado ativo, provedor solitário do bem público, em um Estado ativador, que aciona e

coordena outros atores a produzir com ele; de um Estado dirigente ou gestor em um Estado cooperativo, que produz o bem público em conjunto com outros atores.

Características das políticas sociais vigentes no Brasil até os anos 1980 mostram a exclusão da sociedade civil do processo de formulação das políticas, da implementação dos programas e do controle da ação governamental. Os serviços públicos eram essencialmente vistos como atividades que profissionais faziam para o público. Somente com o processo de (re)construção da democracia brasileira, da década de 1980 aos dias atuais, vem-se transformando elementos institucionais do país (BIER; et al., 2010; DOIN; et al., 2012).

A partir do final da década de 1980, diversas mudanças estruturais e sociopolíticas ocorreram no Brasil, como o aumento da participação da sociedade civil na esfera pública e a inserção de questões até então pouco relevantes na agenda política, a exemplo da diminuição das desigualdades sociais e da preservação ambiental. Além disso, ocorreu a descentralização do poder federal para as esferas estaduais e municipais (RIBEIRO; ANDION; BURIGO, 2015).

O repasse de atribuições e responsabilidades aos municípios a partir da Constituição de 1988, tratou a descentralização como a delegação de atribuições do governo federal para os estados e municípios. Os municípios têm hoje, portanto, mais atribuições, porém ainda dependem muito de recursos do governo federal, o que prejudica a transferência de poder do governo federal para os governos municipais. Ainda assim, os municípios demonstram capacidade de inovação e qualidade na prestação de serviços públicos, mostrando que é possível fazer mais e melhor, envolvendo as pessoas (MARCHI, 2003; SCHOMMER, 2013).

Também na Europa, nos anos 1990 ocorreram reformas de governo em muitos países. Essas reformas pretendiam a redução dos gastos públicos enquanto mantinha-se a legitimidade da democracia (FOLJANTY-JOST, 2011).

A atual complexidade do ambiente em que vivemos traz crises e oportunidades, como o aumento do interesse das pessoas em exercer poder e participar da vida pública; a crescente intolerância pelos modelos de gestão autoritários, centralizados, hierárquicos; a rejeição a sistemas políticos que não aproveitam os potenciais das pessoas. Na nova demografia, há o prolongamento da vida e o envelhecimento da população, mudanças nos padrões familiares e novas ondas migratórias (SCHOMMER, 2013).

A questão econômica atual, caracterizada por orçamentos apertados e a questão política, de crises de legitimidade do setor público, incentivam a participação cidadã, já que é necessário manter a prestação dos serviços com qualidade e reduzir custos (LINDERS, 2011; CLARK; BRUDNEY; JANG, 2013; STEEN; NABATCHI; BRAND, 2016). De acordo com Pestoff (2006), na primeira década dos anos 2000 a coprodução já havia tornado-se essencial para manter a provisão de serviços sociais na Europa.

O envolvimento direto do cidadão continua a ser, portanto, uma tendência, a partir do momento em que as sociedades democráticas tornam-se mais descentralizadas, interdependentes, conectadas por novas tecnologias da informação e desafiadas pelos problemas com alto nível de complexidade, chamados "*wicked problems*", como é o caso das DCNT. A participação direta do cidadão não é mais hipotética, é real, sendo os administradores públicos centrais na

evolução do processo (ROBERTS, 2004; SICILIA; et al., 2016).

As sociedades modernas tem utilizado diferentes provedores de serviços públicos e privados para o bem-estar social, levando a um aumento no hibridismo das organizações e permeabilidade de suas fronteiras. Dessa forma, é aberto espaço para novos atores, novas divisões de trabalho e responsabilidades (HENRIKSEN; SMITH; ZIMMER, 2015).

Nos últimos anos tem havido uma reinterpretação da elaboração de políticas públicas e entrega de serviços, com o tema da participação sendo um dos mais recorrentes na elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas. Dessa forma, tratam-se as políticas públicas como produtos da interação complexa entre governo, cidadãos, usuários e organizações não governamentais. O papel tradicional do Estado como único tomador de decisão transformou-se em facilitador do processo de elaboração de políticas públicas (GEUTS; JOLDERSMA, 2001; BOVAIRD, 2007; SECCHI, 2013).

Os cidadãos estão menos contentes em eleger seus representantes e ficar distantes para deixá-los trabalhar no setor público. Para Arnstein (2002), os “ninguém” estão tentando se tornar “alguém”, com poder suficiente para tornar as organizações públicas mais adequadas às suas opiniões, aspirações e demandas (ARNSTEIN, 2002; RYAN, 2012).

Arnstein (2002) define a participação cidadã como a redistribuição de poder para que aqueles que não o tem passem a tê-lo e participem do processo. Roberts (2004) prefere incluir na definição também aqueles que tem poder, afirmando que a redistribuição de poder pode ser uma intenção ou até o resultado desse tipo de processo, porém não deve limitar-se a isso e que a

principal diferenciação entre os potenciais participantes deve ser entre aqueles que estão num cargo eleito ou administrativo e aqueles que não estão.

Roberts (2004) define, então, a participação cidadã como o processo no qual membros da sociedade (que não possuem cargos públicos) compartilham poder com os servidores públicos nas decisões e ações. O foco é no envolvimento direto, não na eleição de alguém para representação. A participação do mercado inclui o setor privado lucrativo e não lucrativo, enquanto a participação da sociedade civil ocorre por meio da ação de comunidades politicamente articuladas e de cidadãos críticos e conscientes (BIER; et al., 2010).

Apesar de os países diferirem na extensão em que os cidadãos tem um papel na provisão de serviços públicos, a participação cidadã e a ideia de coprodução de serviços públicos está ganhando força ao redor do mundo. Atingiu-se uma conjuntura histórica onde há possibilidade de uma participação cidadã e do terceiro setor muito maior, a qual justifica uma política de amplitude de atribuições, onde as instituições públicas não têm mais a obrigação de oferecer todos os serviços públicos (KISSLER; HEIDEMANN, 2006; PESTOFF, 2009; STEEN; NABATCHI; BRAND, 2016).

Hoje se acredita que os serviços públicos devem ser desenhados para trazer mais que resultados, trazer as consequências valorizadas pelos cidadãos e usuários dos serviços e não simplesmente aquelas definidas pelos políticos, gestores e profissionais (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012).

O envolvimento dos cidadãos nas decisões do Estado e a provisão de serviços pelas comunidades não é algo que possa ser considerado recente. O primeiro registro escrito de participação cidadã vem das cidades-estado gregas. As origens da coprodução residem na

antiguidade, já que desde Aristóteles, economistas e filósofos entendiam que existia uma economia informal, de atividade familiar e comunitária, além do mundo formal de negócios e comércio (ROBERTS, 2004; COOPER, 2011).

A ideia de coprodução de serviços públicos foi articulada pela primeira vez por Elinor Ostrom e seu grupo na Universidade de Indiana, nos anos 1970. O grupo estudava o tema no contexto das ciências econômicas e definiu o termo coprodução como a participação de usuários de certo bem ou serviço na sua produção, em articulação com os produtores regulares dos mesmos (OSTROM, 1996; BOYLE e HARRIS, 2009).

Os anos 1970, nos Estados Unidos, foram marcados pela explosão da participação direta na administração federal. As primeiras manifestações sobre coprodução na área acadêmica surgiram com o advento da legislação do Estado da Califórnia, que impunha limites fiscais ao orçamento, havendo necessidade de recorrer a outras estratégias de produção dos serviços públicos. Os acadêmicos norte-americanos exploraram, então, como essa economia informal poderia ser canalizada para melhorar os serviços públicos (ROBERTS, 2004; COOPER, 2011; MORETTO NETO; SALM; BURIGO, 2014).

Já Birchall e Simoons (2004) argumentam que o nascimento dos projetos de participação aconteceu no início dos anos 1970, mas no Reino Unido, tratando de desenvolvimento comunitário, renovação urbana, seguido de outros setores como educação, serviços sociais e saúde.

Nos anos 1980, as limitações do modelo centrado no provedor do serviço tornaram-se óbvias. O valor da coprodução foi notado primeiro pelo setor privado, que

promoveu as máquinas de auto-atendimento e co-criação de eletrônicos (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012). Outras publicações sobre o tema falavam da necessidade de um novo entendimento sobre a participação do cidadão nos serviços públicos e colocavam considerações econômicas e institucionais sobre o conceito (SHARP, 1980; WHITAKER, 1980; PARKS, et al.; 1981; BRUDNEY; ENGLAND, 1983). Nos anos 1990, cresceu a publicação de artigos sobre o tema, discutindo o conceito e relatando algumas práticas de sucesso (CHAPEL, 1994; LIGHT, 1994; OSTROM, 1996; LAM, 1996; MACE, 1997; ALFORD, 1998).

A literatura em coprodução na administração pública, após o trabalho seminal de Ostrom (1972), desenvolveu-se predominantemente nos Estados Unidos, Europa e Austrália (Sharp 1980; Whitaker 1980; Parks et al. 1981; Brudney and England 1983; Alford 1998; Bovaird 2007; Verscheure, Brandsen e Pestoff 2012; Osborne e Strokosch 2013), de onde ainda provém a maior parte dos autores com publicações atuais, com destaque para o Reino Unido.

Whitaker (1980) afirmou que a cooperação dos cidadãos com os servidores públicos vinha tornando-se ainda mais importante pelo enfraquecimento das relações entre famílias e pequenos grupos, nos quais as pessoas costumavam trabalhar por objetivos comuns. A cooperação com os servidores públicos por um objetivo comum é uma importante forma de participação política.

Parks et al. (1981) já citavam que a coprodução havia capturado atenção por melhorar a efetividade e eficiência de governos locais. Brudney e England (1983) concluíam que os “auto-serviços” eram uma redefinição da forma tradicional de entrega de serviços públicos. Apesar das afirmações otimistas, Alford (1998) publicou artigo no qual citou que entre as duas “estradas”

surgidas após a crise do final dos anos 1970, a do mercado e a da coprodução, a segunda ainda era a menos trafegada no final dos anos 1990.

Clark, Brudney e Jang (2013) concordam que a coprodução foi “apagada” na administração pública pelas teorias da privatização. Denhardt e Denhardt (2011) citam que, na Nova Gestão Pública, os cidadãos, por serem considerados “clientes”, não precisariam se preocupar com os outros clientes, e, a administração pública também não precisaria se preocupar em ser responsiva para toda a população e sim para seus clientes diretos. Ainda, os autores questionam o termo “cliente” argumentando que os cidadãos, em muitos casos, não podem escolher seus fornecedores ou mesmo nem querem ser atingidos por aquele serviço, como no caso de aplicação de penalidades. Com a continuação dos desafios orçamentários e a crescente apreciação das limitações da privatização, o foco em coprodução foi renovado no início dos anos 2000.

Os anos 2000, de confluência de forças históricas, tendências econômicas e mudanças em preferências políticas provocaram um reexame da teoria e prática em administração pública e um renascimento da coprodução. Passado o auge de tal olhar gerencial para a gestão pública, estudiosos têm buscado atualmente uma perspectiva mais política, que priorize a democracia e participação. A coprodução então emergiu em diferentes contextos e diferentes tradições intelectuais, da coprodução na realização de serviços públicos à coprodução como estratégia política (ROBERTS, 2004; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012; ALBRECHTS, 2013; DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014).

Esse envolvimento ativo de cidadãos em desenvolvimento de políticas públicas surgiu particularmente nas áreas de necessidades especiais por

deficiências, saúde e outras áreas sociais. Essas iniciativas eram frequentemente localizadas, algumas vezes associadas com o governo local (RYAN, 2012). Birchall e Simmons (2004) estimaram que uma minoria significativa, porém pequena, de sete por cento dos usuários estavam envolvidos nos serviços públicos do Reino Unido no início dos anos 2000.

Após os anos 2000, o interesse em coprodução pelo terceiro setor cresceu, particularmente em seu papel de mobilizar o envolvimento cidadão em diferentes dimensões da coprodução (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012). No início da década de 2010, os governantes de Estados Unidos, Austrália, Singapura e, principalmente, Reino Unido, já citavam a coprodução, facilitada pela tecnologia, em falas sobre o desenvolvimento de políticas públicas nos seus países (LINDERS, 2011).

Atualmente, segundo Salm et al. (2011) as condições das sociedades proporcionam a oportunidade ou a possibilidade objetiva da prioridade do bem comum sobre o bem privado e, por decorrência, da esfera pública sobre a esfera privada. Essas condições também estendem a concepção de administração pública para além das fronteiras da burocracia pública e do mercado, alcançando todas as estratégias de produção do bem público, sejam elas de natureza governamental, empresarial, social ou comunitária. O foco da administração pública já não é mais o da organização burocrática do Estado, mas a própria produção ou coprodução dos serviços públicos e as diversas instâncias da sociedade que se articulam para produzi-los (SALM et al., 2011).

4.2 PRODUÇÃO ACADÊMICA EM COPRODUÇÃO

Pestoff e Brandsen (2013), no livro intitulado “Co-production: The Third Sector and the Delivery of Public Services”, afirmam que, até os anos 2000, as discussões sobre o tema estavam mais baseadas na ideologia que em fatos e não havia compreensão do que poderia acontecer quando o terceiro setor é inserido nos serviços públicos. A partir de 2009, o número de publicações sobre o tema de coprodução aumenta, enriquecendo as discussões e buscando avançar no conhecimento sobre as diversas formas possíveis de coprodução, bem como seus efeitos, na forma de medição de valor adicionado ou de impactos.

Em busca de publicações realizada nas bases de dados SCOPUS e EBSCO, até o mês de maio do corrente ano, com as palavras “*co-production*” ou “*coproduction*” e “*public service*” foram encontradas 156 publicações. Verificou-se que o autor com maior número de publicações é Victor Pestoff, o periódico com mais artigos publicados sobre o assunto é o *Public Management Review*, e o país de procedência dos autores com mais publicações é o Reino Unido, conforme Quadros 1, 2 e 3. Na Figura 3, é demonstrada a evolução dos números de publicações nos anos 1980, anos 1990, ano de 2002 e anos de 2004 até 2016, com base em busca preliminar realizada.

Quadro 1 - Autores com maior número de publicações

Autor	Publicações	País de origem do autor	Período das publicações
Victor Pestoff	8	Suécia	2006-2014
Taco Brandsen	7	Holanda	2006-2016
Stephen Osborne	5	Reino Unido	2004-2016
Joost Fledderus	4	Holanda	2014-2016
Tony Bovaird	4	Reino Unido	2007-2016

Fonte: produção da própria autora, 2016, cfe. Bases Scopus e Ebsco.

Quadro 2 - Periódicos com maior número de publicações

Periódico	Publicações
Public Management Review	15
International Review of Administrative Sciences	7
Voluntas	7
Public Administration Review	6
Australian Journal of Public Administration	4

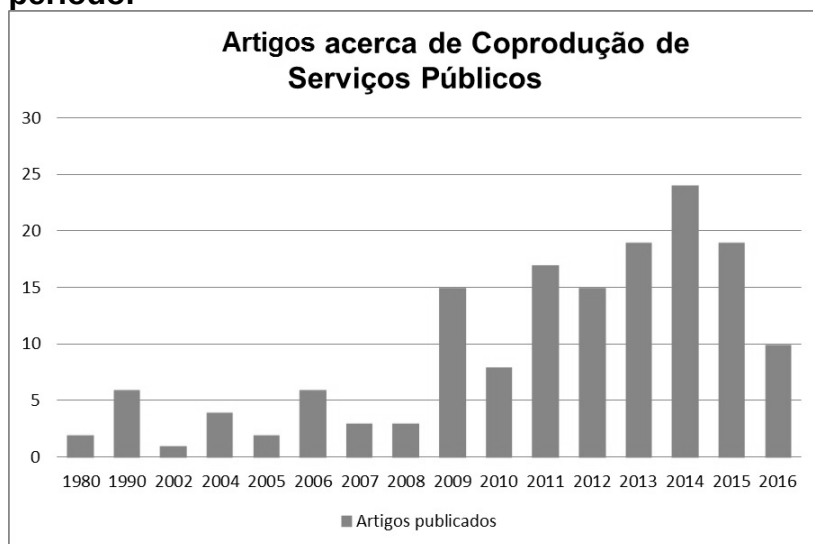
Fonte: produção da própria autora, 2016, cfe. Bases Scopus e Ebsco.

Quadro 3 - País de procedência dos autores com mais publicações

País	Publicações
Reino Unido	43
Estados Unidos	21
Holanda	15
Austrália	10
Suécia	9
Itália	8
Canadá	4
China	4
Espanha	4

Fonte: produção da própria autora, 2016.

Figura 3 – Número de artigos publicados por período.



Fonte: produção da própria autora, 2016.

No Brasil, o termo coprodução ainda é pouco disseminado, embora sejam estudadas diversas práticas relacionadas ao tema nas interfaces entre administração pública, participação cidadã, terceiro setor, gestão social, inovação social e responsabilidade social empresarial. O grupo de pesquisa Politeia, da Udesc-Esag, é pioneiro do estudo do tema no Brasil, sobretudo em trabalhos realizados e orientados pelos professores José Francisco Salm, Maria Ester Menegasso e Francisco G. Heidemann. O curso de Graduação em Administração Pública da UDESC é baseado na abordagem da coprodução do bem público (SALM et. al. 2011). Nos últimos anos, novas pesquisas sobre o tema vêm sendo realizadas no âmbito da Udesc e em outros grupos de pesquisa brasileiros, inclusive em dissertações de mestrado como esta.

4.3 DEFINIÇÕES E TIPOS DE COPRODUÇÃO

O conceito de coprodução de serviços públicos já é tratado como um novo paradigma no contexto da administração pública e um processo particularmente necessário na prática administrativa (PETUKIENE; TIJUNAITIENE; DAMKUVIENE, 2012). Nas teorias de políticas públicas, o tema também aparece na abordagem multicêntrica, que traz a ideia de que as políticas públicas são elaboradas a partir de iniciativas de diversas origens, não somente iniciativas estatais. Relacionadas a essa visão estão as teorias da coprodução do bem público e do Novo Serviço Público de Denhardt e Denhardt (2011), em que Estado e sociedade se articulam para a solução de problemas públicos (SECCHI, 2013).

Essa nova orientação passa a focalizar a produção do bem público para atender o interesse público, na qual o foco primeiro é a comunidade democraticamente articulada e o provimento dos serviços públicos em sintonia e, só depois, as organizações como estratégias para a sua produção (SALM et al., 2011).

É importante ressaltar que a coprodução dos serviços públicos, nesse momento, tem dentre suas premissas as demandas da sociedade por mais transparência, eficiência, participação e controle social sobre o aparato burocrático do Estado (MORETTO NETO; SALM; BURIGO, 2014).

A coprodução é uma importante pauta da agenda de reforma dos serviços públicos ao redor do mundo e está sendo tratada como uma abordagem-chave para aprimorar resultados de valor para o público. Já não é uma grande ideia para o futuro, está acontecendo (OSBORNE; STROKOSCH, 2013). Além disso, parece haver um grande interesse dos cidadãos de tornarem-se mais envolvidos, desde que sintam que podem ter um papel que valha a pena empregar seus recursos (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012).

O advento da internet e a ubiquidade da comunicação também contribuem para que a coprodução alcance uma escala sem precedentes, na opinião de Linders (2011). O conceito tem se diversificado, trazendo os usuários em diferentes denominações, como clientes, consumidores ou coprodutores (OSBORNE; STROKOSCH, 2013).

O estudo da coprodução está atualmente atraindo a atenção de um grupo maior de pesquisadores, para além dos locais tradicionais como América do Norte, Reino Unido, Holanda e Oceania, alcançando também países latinos, como Itália e Brasil, e países orientais,

como Singapura e Tailândia, onde o movimento pró-democracia e organizações nacionais e locais tem reunido esforços para engajar os cidadãos nos afazeres públicos (ALFORD; YATES, 2015; POOCHAROEN; TING, 2015; SUDHIPONGPRACHA; WONGPREDEE, 2015).

Aliados a esse novo olhar, percebe-se que muitos autores atribuem uma nova característica para a coprodução, compreendendo-a como um processo que busca o envolvimento do cidadão, não apenas para eficácia e redução de custos para o Estado, mas como direito e dever de participar da vida pública em busca de um bem comum. No Brasil, essa é a visão de coprodução compreendida pela maioria dos estudiosos do assunto (DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014).

O conceito de coprodução ainda se encontra em fase de construção e discussão. Entre pesquisas teóricas e empíricas, os principais autores argumentam a favor ou contra certos aspectos na definição do conceito (DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014). Para Pestoff (2012), as diferenças nos conceitos de coprodução podem expressar diferenças culturais e de foco, já que há notável discrepância no uso do termo entre América do Norte, Reino Unido e outros países da Europa. O Quadro 4 aponta a definição de coprodução na visão dos principais autores da área.

Quadro 4 – Definições de Coprodução

Autor(es)	Denificação
Parks et al., 1981, p.1002.	A combinação de esforços produtivos dos produtores regulares e de consumidores. Pode ocorrer diretamente, envolvendo esforços coordenados no mesmo processo produtivo ou indiretamente, por esforços independentes, porém relacionados, dos produtores regulares e consumidores.

Brudney e England, 1983, p.59.	A combinação de atividades em que servidores e cidadãos contribuem para a provisão de serviços públicos.
Ostrom, 1996, p.1073.	O processo no qual os recursos utilizados para a produção de um bem ou serviço tem contribuição de indivíduos que não estão “dentro” da mesma organização.
Alford, 1998, p.128.	O envolvimento de cidadãos, clientes, consumidores, voluntários e/ou organizações da comunidade na <i>produção</i> de serviços públicos os quais consomem ou são por eles beneficiados (grifo do autor).
Pestoff, 2006, p.2.	O envolvimento cidadão na provisão de serviços públicos.
Bovaird, 2007, p.847.	A provisão de serviços públicos por relações regulares e de longo prazo entre os provedores profissionais do serviço e os usuários ou outros membros da comunidade, onde todas as partes fazem substanciais contribuições.
Verschuere, Brandsen e Pestoff, 2012, p.1086.	O envolvimento de indivíduos e grupos na entrega de serviços públicos.
Salm, 2014, p.42.	Uma estratégia que permite a produção de bens e serviços públicos por meio do compartilhamento de poder e responsabilidades entre agentes públicos, agentes privados e cidadãos.
Alford e Yates, 2015, p.1.	A contribuição de tempo e esforço para a entrega de serviços públicos por usuários do serviço e cidadãos, induzida por ou com consentimento de organizações do setor público.
Osborne, Radnor e Strokosch, 2016, p.640.	O envolvimento voluntário ou involuntário dos usuários de serviços públicos seja no design, gerenciamento, entrega e/ou avaliação dos serviços públicos.

A definição que mais se aproxima do trabalho desenvolvido é a proposta por Bovaird (2007), que

considera que a coprodução pode ser realizada por outros membros da comunidade e em outros momentos que não somente a efetiva realização do serviço.

Um dos principais pontos é a questão da participação ativa, ou seja, aqueles que não são os produtores regulares do serviço fazem contribuições significativas e tem poder compartilhado com os provedores regulares do serviço (aqueles que o fazem em troca de dinheiro) (PARKS; et al., 1981; BOVAIRD; et al., 2015b).

Alguns autores consideram que essa participação ativa, na coprodução de serviços públicos, seria somente na realização dos serviços – excluindo estágios de planejamento e avaliação e, realizada pelos usuários ou consumidores desse serviço – excluindo outros cidadãos (PARKS; et al., 1981; YANG, 2011; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012; FLEDDERUS, 2015).

Outros conceitos abrangem a participação ativa de outros cidadãos além do usuário, como membros da família ou da comunidade, mas ainda tratam a coprodução como um processo que ocorre na entrega de um serviço, excluindo ou não sendo claros sobre a participação dos cidadãos e comunidades em outros estágios do serviços público (WHITAKER, 1980; BRUDNEY; ENGLAND, 1983; OSTROM, 1996; MARSCHALL, 2004; BOYLE; HARRIS, 2009; ALFORD; YATES, 2015; BRANDSEN; HONINGH, 2016; STEEN; NABATCHI; BRAND, 2016; THIJSEN; VAN DOOREN, 2016).

Segundo Brandsen e Honingh (2016), a definição de coprodução de uma forma mais limitada tem duas razões: eles acreditam que quando se inclui a possibilidade somente de voz de um cidadão, coprodução torna-se sinônimo de participação e, além disso, as habilidades, experiências e atividades

necessárias são diferentes daquelas envolvidas diretamente na produção de um serviço. Ainda de acordo com os autores, esse conceito remove as ambiguidades que trazem confusão às pesquisas empíricas, dificultando a sua comparação, mas mantém a essência do conceito original.

Osborne, Radnor e Strokosch (2016), por sua vez, incluem diversos estágios do serviço público no conceito de coprodução, porém excluem a participação de outros membros da comunidade além dos usuários quando definem a coprodução de serviços públicos como “o envolvimento voluntário ou involuntário dos usuários de serviços públicos no desenho, gestão, realização ou avaliação dos serviços”.

Um conceito mais ampliado, tanto com relação a participantes, quanto com relação ao momento da participação é dado por outros autores, que incluem cidadãos e comunidades, bem como os momentos de planejamento, gerenciamento e avaliação dos serviços (JOSHI; MOORE, 2003; BOVAIRD, 2007; PESTOFF, 2009; BIER; et al., 2010; OTTMANN; et al., 2011; SCHOMMER; et al., 2011; BOVAIRD; LOEFFLER, 2012; DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014; GOVINT, 2014; PALUMBO, 2016; VAN EIJK; STEEN, 2016).

Outro aspecto do conceito de coprodução a ser considerado, para além da participação ou não da comunidade, é a participação de outras organizações, além daquela provedora regular do serviço, sejam organizações da sociedade civil, não-governamentais, sem fins lucrativos, do terceiro setor e mesmo organizações privadas de mercado. As organizações são claramente incluídas nas definições de Vaillancourt (2009), Ottmann et al. (2011), Salm et al. (2011), Schommer et al. (2011), Moretto Neto, Salm e Burigo

(2014), Poocharoen e Ting (2015), Sicilia et al. (2016), entre outros.

Bovaird (2007) traz à tona outro aspecto, afirmando que nem todo processo de coprodução precisa estar sob a sombra do governo. Incluindo os serviços produzidos sem participação de órgão governamental na definição de coprodução.

Osborne e Strokosch (2013) e Osborne, Radnor e Strokosch (2016) afirmam que a coprodução é essencial e inalienável componente do serviço público. Para os autores, não é possível existir serviço público sem coprodução. Ela é um processo essencial e intrínseco de interação entre qualquer organização e o usuário do serviço na produção do serviço. Os autores argumentam que a visão de que a coprodução é algo a ser adicionado às práticas já existentes é equivocada, pois a coprodução nos serviços públicos acontece os usuários queiram ou não, escolham isso ou não.

Há outros atores que citam na definição de coprodução o fato de que esta deve aumentar a eficiência, a quantidade e/ou qualidade do serviço, indicando que não basta coproduzir, deve ocorrer uma melhora geral do serviço, ou valor adicionado, quando se fala em coprodução de serviços públicos (OTTMANN; et al., 2011; BOVAIRD; LOEFFLER, 2012; DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014; GOVINT, 2014). Thijssen e Van Dooren (2016) complementam esse aspecto ao afirmarem que a responsabilidade pela qualidade do serviço realizado deve ser compartilhada entre os servidores e cidadãos.

Outro ponto muito discutido nos estudos de coprodução são as classificações do processo, considerando aspectos diversos. Já no início dos anos 1980, Whitaker (1980) classificou a coprodução em três tipos: quando cidadãos requerem assistência dos

servidores públicos; quando cidadãos fornecem assistência para os servidores públicos e quando cidadãos e servidores interagem para ajustar suas expectativas e ações. Esse último caso trata de trocas realizadas por meio de uma interação, na qual cidadãos e agentes dividem a responsabilidade pela decisão de suas ações, fato que pode gerar maior legitimidade às ações (KLEIN JR; et al., 2012).

Ainda na década de 1980, Brudney e England (1983) propõem uma classificação, também em três tipos de coprodução, levando em conta quem são os coprodutores – coprodução individual, em grupo e coletiva. Na coprodução coletiva, os benefícios do processo de cooperação podem ser usufruídos por toda a comunidade (KLEIN JR; et al., 2012). Bovaird et al. (2015a) afirmam que muito dos ganhos da coprodução para o setor público e para os cidadãos vem de ações coletivas, já que os benefícios são experimentados coletivamente. Os autores definem coprodução coletiva como “a ação articulada de cidadãos para apoiar serviços e atingir resultados”, enquanto a coprodução individual ocorreria nas ações não articuladas.

Pestoff (2009) afirma que a participação cidadã esporádica e individual na provisão de serviços públicos cria um “teto de vidro” para a participação, limitando os cidadãos a atividades passivas, somente criando demandas e não tomando decisões ou responsabilidades e implementando políticas públicas. O espaço alocado para os cidadãos é muito restrito para que a participação seja significativa e democrática. Desse modo, somente quando os cidadãos estiverem engajados em grupos coletivos organizados poderão atingir algum controle democrático na provisão de serviços publicamente financiados. Anos mais tarde Pestoff (2012) alega, porém, que a distinção entre esses

tipos de coprodução pode ser relevante ou necessária para pesquisa, mas no campo é comum haver a mistura de ambas as ações num mesmo serviço.

Sobre os tipos de coprodução, Bovaird (2007) afirma que, quando há pessoas interessadas em contribuir com o serviço, além dos usuários, é necessária a coprodução que ele chama de “comunitária”, já que nesse caso o processo não deve ser realizado somente com o usuário. Além disso, para Bovaird (2007), existem diferentes relações entre profissionais e usuários na coprodução, como demonstrado na Tabela 1. Os serviços podem ser entregues pelos profissionais, porém planejados e desenhados com envolvimento do usuário e comunidade; podem ser planejados pelos profissionais, porém entregues pelos usuários e comunidade (nesse caso o autor cita o exemplo específico da promoção de saúde, em que a comunidade é empoderada para promover mudanças de hábito de vida e lidar com as DCNT); profissionais e usuários podem dividir todo o processo, desde o planejamento até a entrega do serviço; usuários e comunidade podem responsabilizar-se pelas atividades, porém clamam pela experiência profissional quando necessário; usuários e comunidade responsabilizam-se por entregar um serviço planejado pelos profissionais; finalmente, profissionais podem não ter envolvimento direto no serviço e, nesse caso, quando a classificação de coprodução envolve a participação estatal, não seriam nem classificados como casos de coprodução.

Vaillancourt (2009), por sua vez, diferencia coprodução de co-construção. Segundo esse autor, a coprodução refere-se à participação das partes interessadas da sociedade civil e do mercado na implementação de políticas públicas, enquanto a co-construção refere-se à participação dessas partes

interessadas no desenho da política pública. Desse modo, a co-construção dá-se antes, na adoção da política pública e a coprodução depois, no momento da sua implementação (VAILLANCOURT, 2009).

Tabela 1 - Diversidade de relações entre profissionais e usuários na coprodução.

	Profissionais como únicos planejadores do serviço	Usuários e comunidade como coplanejadores	Não há recursos de profissionais do planejamento
Profissionais como únicos atuantes na entrega do serviço	Tradicional provisão de serviços pelos profissionais	Tradicional provisão de serviços pelos profissionais com os usuários envolvidos em seu planejamento e desenho	
Profissionais, usuários e comunidade atuantes na entrega do serviço	Usuários e comunidade corealizam serviços desenhados pelos profissionais	Total coprodução entre profissionais e usuários	Usuários e comunidade corealizando serviços, pouco planejados formalmente, com os profissionais
Usuários e comunidade como únicos atuantes na entrega do serviço	Usuários e comunidade realizam serviços planejados pelos profissionais	Realização, pelos usuários e comunidade, de serviços coplanejados e codesenhados	Tradicional provisão auto-organizada de serviços pela comunidade

Fonte: Bovaird (2007).

Brandsen e Honingh (2016) propõem quatro tipos de coprodução, conforme Tabela 2: coprodução complementar na implementação; coprodução complementar no desenho e implementação; coprodução na implementação de serviços essenciais; coprodução no desenho e na implementação de serviços essenciais, sendo que por complementar, os autores entendem aqueles serviços coproduzidos que contribuem para o funcionamento geral da organização, mas não são os primários, essenciais.

Tabela 2 - Tipos de Coprodução por Brandsen e Honingh (2016).

	Implementação	Desenho e Implementação
Complementar	Coprodução complementar na implementação	Coprodução complementar no desenho e implementação do serviço
Não Complementar	Coprodução na implementação de serviços primários, essenciais	Coprodução no desenho e implementação de serviços primários, essenciais

Fonte: Brandsen e Honingh (2016).

Wiewiora, Keast e Brown (2015) citam exemplos de como a participação pode se dar em diferentes fases: no planejamento, podem ajudar a estabelecer a necessidade do serviço, os impactos sociais e ambientais e avaliar os serviços já existentes. Durante a fase operacional, os usuários podem avaliar o que está funcionando, o que não está e o que pode ser melhorado. Quando da possibilidade de alienação, os usuários e comunidade podem ajudar nas decisões de

quando vender, destruir ou reutilizar o bem para um propósito diferente. Os mesmos autores sugerem, porém, que em alguns casos é necessária a tomada de decisão unilateral (principalmente quando os participantes enxergam somente seus interesses individuais), fazendo com que, algum tempo à frente, o interesse público seja atingido.

Meijer (2011) cita a coprodução pelo usuário, que tem foco na relação entre organizações do governo e usuários individuais; e a coprodução em rede, que enfatiza a relação entre governo e comunidades de cidadãos.

Boyle e Harris (2009) argumentam que a coprodução completa se dá somente quando profissionais, usuários do serviço e comunidade planejam e entregam juntos o serviço. A coprodução de uma política pública pode constituir um avanço para a democratização. Esse avanço, porém, permanece limitado e incompleto se limitado à participação somente na realização/entrega dos serviços. A coprodução pode também ocorrer no planejamento das ações, o que Osborne e Strokosch (2013) denominam “um modelo aprimorado” de coprodução, que aumenta o poder de inovar os serviços (VAILLANCOURT, 2009; OSBORNE; STROKOSCH, 2013).

No Brasil, os estudiosos da coprodução não costumam separar as categorias de usuário do serviço, voluntários e cidadãos. Desse modo, o usuário do serviço público é considerado cidadão (DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014).

4.4 OS COPRODUTORES

Nas sociedades complexas, a maioria das pessoas, na visão de Pestoff (2006), está engajada em

tempo integral na produção de serviços ou bens como produtor regular. Porém, consumidores individualmente ou grupos de consumidores podem contribuir para a produção de outros bens e serviços públicos. Essa mistura pode ocorrer direta ou indiretamente (PESTOFF, 2006).

Os usuários dos serviços públicos, ou mesmo a comunidade em geral, são frequentemente vistos como uma categoria passiva de atores, que mais recebe influência do que provoca no processo de elaboração de políticas públicas. São rotulados como pouco competentes, pessoas que precisam de ajuda ou direcionamento profissional (PESTOFF, 2009; SECCHI, 2013).

Quando convidados a participar dos processos de tomada de decisão, seja enquanto indivíduos, grupos ou organizações, os usuários e comunidade assumem o papel ativo (SECCHI, 2013). Segundo Pestoff (2012), numa democracia participativa, cidadãos deveriam estar engajados na provisão de algum dos serviços que utilizam, no desenvolvimento do Estado e na renovação da democracia (PESTOFF, 2009). Boyle e Harris (2009) citam que as pessoas que utilizam os serviços públicos são recursos humanos escondidos e que um serviço que ignora esses recursos não pode ser eficiente. Palumbo (2016) afirma que os usuários retêm uma quantidade significativa de recursos “adormecidos” que podem ser utilizados para a criação de valor público (PALUMBO, 2016).

Hoje se percebe que os usuários do serviço são essenciais para fazê-lo funcionar; sabem coisas que muitos profissionais não sabem; têm tempo e energia que estão dispostos a utilizar para ajudar outros; têm diversas capacidades; podem promover o valor dos serviços públicos para outros cidadãos; podem engajar-

se em relações colaborativas com outros usuários ou membros da comunidade (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012).

Sudhipongpracha e Wongpredee (2015) estudaram o desenvolvimento de iniciativas de coprodução na Tailândia, verificando o impacto dessas ações na percepção dos cidadãos sobre o funcionamento do governo municipal, a habilidade dos cidadãos de trabalharem de forma coletiva e a habilidade dos políticos locais de trabalharem com os cidadãos e outros interessados da comunidade. Os cidadãos demonstraram consciência e entendimento do funcionamento do governo; um forte senso comunitário e desenvolveram relações informais com políticos locais.

O cidadão coprodutor, segundo Bovaird (2007) deve confiar nas recomendações e no apoio profissional, envolver-se ativamente no processo de tomada de decisão e assumir responsabilidades por ela e por seus efeitos. Em alguns casos, são necessários conhecimentos específicos, já que os cidadãos coprodutores devem entender do sistema que realiza determinado serviço público para saber com que tipos de recursos eles podem contribuir e como esses recursos se relacionam com os recursos dos serviços públicos (JAKOBSEN, 2012; KLEIN JR; et al., 2012).

Os cidadãos coprodutores tendem a tornar-se mais informados sobre o conteúdo, custos e limitações dos serviços; adquirir habilidades, experiências, senso de comunidade e valores compartilhados e, ainda, responsabilizar-se, junto com os agentes, pela entrega dos serviços (BRUDNEY; ENGLAND, 1983; BIRCHALL; SIMMONS, 2004).

A coprodução potencialmente transforma a dinâmica de “nós” e “eles” que costuma ocorrer entre profissionais e usuários, já que as pessoas oferecem diferentes conhecimentos e habilidades baseadas nas

suas experiências de vida e aprendizado profissional (BOYLE; HARRIS, 2009).

No setor público, um cliente, como um paciente cardiovascular, pode coproduzir a melhoria de seu bem-estar com os provedores dos cuidados, adotando, por exemplo, uma dieta saudável e exercícios físicos em sua reabilitação. E, ao mesmo tempo, coproduzir bem-estar com a comunidade, servindo como paciente “especialista”, aconselhando e encorajando outros a realizarem mudanças similares (BOVAIRD, 2007).

Os cidadãos influenciam o teor de vários serviços públicos, especialmente aqueles que visam modificar o comportamento das pessoas diretamente. Nesse tipo de serviço os beneficiários são os próprios clientes e o termo “entrega” ganha um novo significado, já que o servidor ajuda o cliente a receber o serviço e realizar as mudanças necessárias, como aprender novas habilidades, desenvolver hábitos mais saudáveis, mudar a perspectiva de alguém em relação à sua família ou comunidade. Nesse tipo de serviço, o cidadão é um coprodutor obrigatório, já que é vital para que a transformação ocorra (WHITAKER, 1980). O autor ainda afirma que haviam expectativas de que o servidor poderia mudar as pessoas, porém esqueceram-se de que as pessoas devem mudar elas mesmas.

Fledderus (2015) contrapõe os benefícios para os usuários nos casos em que um valor coletivo é criado num processo de coprodução, no qual o impacto do esforço de um usuário é muito menos direto, o que deve influenciar em como os usuários atribuem o sucesso e a falha do processo. Especialmente quando os usuários estão envolvidos na realização do serviço, uma valorização exagerada de sua participação pode ser esperada. Já quando a coprodução está restrita ao processo de tomada de decisão ou consulta, será mais

fácil para os usuários culparem o Estado por alguma falha, porém mais difícil de atribuir o sucesso a sua participação.

4.5 MOTIVAÇÕES E CONDIÇÕES QUE FAVORECEM O ENVOLVIMENTO EM COPRODUÇÃO

Diversos pesquisadores estudam os motivos pelos quais as pessoas coproduzem serviços públicos. Bovaird (2007) afirmou que a habilidade dos membros de uma comunidade para engajar-se em coprodução não é facilmente encontrada. É necessário empoderamento individual em direitos econômicos, políticos e sociais básicos que sustentam a cidadania. Petukiene, Tijunaitiene e Damkuvienė (2012) citam que os cidadãos devem estar motivados para participar ativamente em coprodução de serviços, pois somente assim empregam seus recursos. O Quadro 5 resume as motivações e condições que tendem a favorecer a coprodução, de acordo com diversos estudos.

Quadro 5 – Motivações e condições que tendem a favorecer a coprodução.

Estudo	Motivações e condições que tendem a favorecer a coprodução
Birchall e Simmons (2004)	Tempo disponível; auto-confiança; ter a habilidade necessária; assunto de interesse do indivíduo; questionamento direto sobre o desejo de participar ou não; sentimento de que as autoridades “não estão nos ouvindo”.
Marschall (2004)	Questionamento direto sobre o desejo de participar ou não. Contexto sociocultural estimulador.
Bifulco e Ladd (2006)	Arranjo institucional que incentive a autonomia, homogeneidade econômica entre os possíveis participantes.

Kissler e Heidemann (2006)	Sentimento de impotência diante de problemas complexos.
Paarlberg e Gen (2009)	Existência de uma demanda não coberta pelo Estado; dispor dos recursos adequados para aquela necessidade; homogeneidade econômica da comunidade.
Branden e Helderman (2012)	Contato pessoal entre profissionais e participantes; interesses compartilhados coincidirem com os interesses individuais dos participantes.
Pestoff (2012)	Facilidade de envolvimento; impacto gerado para os participantes e sua comunidade; estrutura favorável pelas instituições políticas.
Petukiene, Tijunaitiene e Damkuvienė (2012)	Boas relações locais entre organizações da sociedade civil, empresas e instituições públicas; contato pessoal entre profissionais e participantes.
Verschuere, Branden e Pestoff (2012)	Organização oferecer algo de valor material, social (ganhar admiração de outros) ou normativo (valores democráticos) e/ou estimular valores intrínsecos (caridade, altruísmo).
Osborne e Strokosch (2013)	Os profissionais e planejadores do serviço acreditarem que receberão algum retorno da coprodução; os usuários confiarem que suas contribuições serão reconhecidas e valorizadas.
Parrado et al. (2013)	Recompensas intrínsecas (auto-eficácia); insatisfação com a performance do governo.
Bovaird et al. (2015a)	Participante estar bem informado sobre o governo; insatisfação com a performance do governo; sentimento de auto-eficácia.
Alford e Yates (2015)	Estímulo governamental à participação; impacto gerado para os participantes e sua comunidade; facilidade de envolvimento, não precisar interagir com outras pessoas.
Fledderus (2015)	Conexões pré-existentes entre potenciais participantes e o produtor regular do serviço. Confiança entre profissional e usuário.
Thijssen e Van Dooren (2016)	Existência de uma demanda não coberta pelo Estado.

Van Eijk e Steen (2016)	Percepções sobre o trabalho a ser coproduzido e sobre a competência necessária para contribuir; interesse da comunidade em coproduzir; insatisfação com o governo.
-------------------------	--

Fonte: produção da própria autora, com base nos autores citados, 2016.

No início dos anos 2000, foram realizados estudos sobre o assunto. Birchall e Simmons (2004) estudaram 500 usuários de serviços públicos no Reino Unido para saber o que leva um indivíduo a coproduzir ou não. Os autores constataram que, dentre os recursos necessários, as pessoas consideram as variáveis tempo, auto-confiança e habilidade como muito importantes na tomada de decisão para coproduzir, enquanto dinheiro e condições de saúde foram considerados menos importantes. No momento da mobilização, o fato de o assunto ser de interesse do indivíduo e este ser questionado diretamente se deseja ou não participar foram citadas como variáveis estimulantes. A partir do momento em que já estão engajados, o tempo não foi mais considerado um recurso importante. Além disso, incentivos individuais foram importantes inicialmente, mas os incentivos coletivos contaram em todos os momentos. O sentimento de que as autoridades “não estão nos ouvindo” incentivou a participação (BIRCHALL; SIMMONS, 2004).

Marschall (2004) estudou o que leva indivíduos a se envolverem em serviços públicos de segurança e educação. Os resultados indicaram que o interesse varia substancialmente entre as comunidades, sendo consequência da organização sociopolítica dos bairros, segundo o autor. Os resultados sugeriram que, para a maioria das pessoas, o contexto influencia o

comportamento cívico indiretamente, modelando a natureza dos problemas e a percepção destes pelos cidadãos locais. Aqueles que são chamados diretamente participaram mais que aqueles que não foram diretamente convidados.

No mesmo sentido, Bifulco e Ladd (2006) estudaram a participação dos pais em escolas de diferentes características nos Estados Unidos. Encontraram evidências de que o arranjo institucional das escolas em fatores como autonomia, homogeneidade socio-econômica dos alunos e esforços para promover envolvimento, influenciava a participação dos pais. Pestoff (2006) também já afirmava que a análise de custo/benefício individual e a decisão de cooperar com esforços voluntários, assim como a efetividade desses esforços, podem ser condicionadas pela estrutura das instituições políticas (PESTOFF, 2006).

Já Kissler e Heidemann (2006) citam que, à medida que cada um dos atores se sente impotente diante de um problema complexo, cresce a vontade de cooperar, visto que concluem que somente o trabalho em conjunto os daria a chance de resolver o problema com sucesso (KISSLER; HEIDEMANN, 2006).

Paarlberg e Gen (2009) também realizaram estudo em escolas norte-americanas e sugeriram que a realização voluntária de coprodução de serviços públicos nesse tipo de instituição é influenciada pela existência de uma demanda não coberta pelo Estado e pela disponibilidade de recursos comunitários adequados para aquela necessidade. O estudo também verificou que há menor probabilidade de deflagrar-se a coprodução em comunidades mais pobres e maior probabilidade em comunidade mais homogêneas economicamente.

Brandsen e Helderma (2012) investigaram as condições sob as quais acontece a coprodução, nesse caso no setor de habitação. Os autores encontraram que é importante o contato interpessoal e que os interesses compartilhados coincidam com os interesses individuais dos participantes.

Pestoff (2012) afirma que se deve considerar duas variáveis ao analisar a motivação para coprodução: quão fácil é o envolvimento (como a distância até o provedor do serviço, informações disponíveis, tempo e esforços necessários) e os ganhos para indivíduos participarem (dependendo da importância e impacto do serviço em sua vida e de pessoas próximas), sendo mais provável a participação quando essa exigir menores esforços e for identificada como de maior importância e impacto.

Petukienė, Tijunaitienė e Damkuvienė (2012) demonstraram, em seu estudo sobre motivações para participação em comunidades da Lituânia, que esta é mais facilmente gerida quando são desenvolvidas boas relações locais entre organizações da sociedade civil, empresas e instituições públicas, que devem envolver-se no processo de motivação dos cidadãos. As formas não materiais de motivação foram mais relacionadas com a participação. Contatos pessoais entre o gestor do processo e os cidadãos também são particularmente importantes no processo de motivação.

Sobre as formas materiais e não materiais de motivação, Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012) afirmam que há 3 tipos de motivações não materiais: a intrínseca (caridade, altruísmo), a social (ganhar admiração de outros) e a normativa (valores democráticos). Nesse caso, a organização deve oferecer algo de valor material, social ou normativo e/ou estimular valores intrínsecos para aumentar a motivação dos cidadãos em coproduzir.

Parrado et al. (2013) investigaram as variáveis que influenciam a escolha dos cidadãos em coproduzir em cinco diferentes países (Reino Unido, França, Alemanha, Dinamarca e República Tcheca), com variadas formas de governo. Dentre seus achados, relacionaram maior motivação para participação com pessoas do sexo feminino e de idade mais avançada. Era esperado que países de administração mais pluralista e com maior autonomia cidadã tivessem níveis mais altos de coprodução, porém para o Reino Unido a associação foi verdadeira, sendo o país com maior nível de coprodução dentre os cinco pesquisados, mas para a Alemanha, não – esta ficou em último lugar. Os autores sugerem que o fato possa estar relacionado com a satisfação dos alemães com os serviços públicos (foram os mais satisfeitos pela pesquisa). As recompensas intrínsecas, especialmente a auto-eficácia (quando a pessoa sente que pode fazer diferença) é um importante determinante para a coprodução e essa percepção parece estar relacionada com uma boa performance do governo na realização de serviços públicos. A boa performance foi relacionada a um menor nível de coprodução, demonstrando que há casos em que é necessária a insatisfação para estimular a coprodução. Maiores níveis de coprodução, porém, foram associados à maior abertura do governo para consultas aos usuários, o que afeta a auto-eficácia dos mesmos, estimulando indiretamente a coprodução. Os autores consideram que é necessário estudar a coprodução em diferentes países e formas de governo para que se possa afirmar essas correlações com maior segurança.

Utilizando os mesmos dados da pesquisa acima, Bovaird et al. (2015a) encontraram que, em se tratando de coprodução individual, os idosos apresentaram maior probabilidade de engajamento do que os jovens, e as

mulheres maior engajamento que os homens, assim como os cidadãos de áreas urbanas demonstraram maior probabilidade de engajar-se do que os moradores de áreas rurais. A obtenção de informações satisfatórias do governo teve relação positiva com o engajamento em coprodução, porém a satisfação com o governo teve relação negativa. A segunda variável mais importante foi a auto-eficácia, apontando que os cidadãos devem acreditar que farão diferença ao participarem.

Em estudo avaliando processos de coprodução na Austrália, a propensão dos cidadãos para coproduzir foi menor ou maior de acordo com o modo como a organização do governo encarregada da ação influenciava-os a contribuir tempo e esforço. As ações variaram desde atos bem simples, como campanhas publicitárias às mais elaboradas ações. Os cidadãos preferiram focar em atividades que poderiam fazer sem estarem engajados de uma maneira coordenada com outros cidadãos e profissionais; o interesse próprio no serviço não foi soberano na decisão em coproduzir, mas parece ser um fator indutor à coprodução; a organização também deve fazer as coisas mais simples para o coprodutor, modificando, quando necessário, a tarefa ou as informações repassadas. O estudo não encontrou diferenças entre gênero e idade nos cidadãos dispostos a coproduzir (ALFORD; YATES, 2015).

Fledderus (2015), em estudo com usuários coprodutores de serviços públicos na Holanda, concluiu que a coprodução não leva a maior ou menor satisfação ou confiança do serviço público, quando comparada a processos sem coprodução. Não foram encontradas diferenças de padrão entre coprodução individual e coletiva. Os cidadãos não foram tão susceptíveis a coproduzir quando não conheciam ou não tinham conexão com o provedor do serviço. Levando a crer que

talvez a coprodução não aconteça sem confiança entre profissional e usuário (FLEDDERUS, 2015).

Estudo de Strokosch e Osborne (2016) sobre coprodução com residentes de instituições de longa permanência para idosos no Reino Unido concluiu que o sentimento de cidadania não é um status necessariamente precursor da coprodução. Apesar de suas limitações e deficiências, os residentes coproduziram o serviço de seu cuidado com os profissionais da linha de frente, que buscavam manter uma relação de confiança para encontrar as necessidades dos usuários e realizar um serviço responsivo.

Estudo de Thijssen e Van Dooren (2016), realizado na Bélgica, sugere que além das características individuais, o local onde a pessoa vive, sua vizinhança, influencia na decisão de coproduzir ou não. Além disso, a coprodução ocorreu primariamente quando houve uma necessidade não cumprida pelos serviços públicos (THIJJSSEN; VAN DOOREN, 2016).

Van Eijk e Steen (2016), ao avaliarem os processos de coprodução em quatro diferentes situações, sendo três na Holanda e uma na Bélgica, identificaram fatores que influenciam na escolha de coproduzir, sendo eles as percepções sobre o trabalho a coproduzir e sobre sua competência para contribuir; conexões sociais individuais; interesse da sua comunidade em coproduzir. Já em cidadãos insatisfeitos com os serviços, a insatisfação pode ser um motivo para coproduzir. Para os autores, saber por que alguns cidadãos participam ativamente na coprodução de serviços públicos enquanto outros não participam pode ajudar a melhorar os métodos de recrutamento e desenho de processos de coprodução (VAN EIJK; STEEN, 2016).

4.6 O PAPEL DOS SERVIDORES PÚBLICOS E DO ESTADO NO DESENVOLVIMENTO DA COPRODUÇÃO

Os sucessos de uma política pública, principalmente nas áreas de educação, saúde e segurança, dependem, entre outras coisas, das escolhas diárias feitas pelos servidores públicos (professores, médicos, policiais, etc.) a respeito de como executam seu trabalho (SECCHI, 2013).

Já no início dos anos 1980, Brudney e England (1983) citavam que uma das barreiras para a coprodução de serviços públicos poderia ser a resistência dos profissionais em trabalharem com os não-profissionais. Servidores e administradores públicos podem enxergar-se como trabalhadores treinados e ressentir ou resistir à intromissão de pessoas não treinadas e inexperientes. Mas, sem o apoio dos servidores, o envolvimento de cidadãos no serviço público pode trazer mais problemas do que resolvê-los (PESTOFF, 2006).

A coprodução potencialmente gera transformações tanto para os cidadãos ou usuários, como para os profissionais envolvidos na prática do serviço. Os servidores públicos, nesses casos, podem mudar a maneira de realizar suas atividades e as operarem, além de abrir-se para confiar mais nas decisões dos usuários e comunidade, que se tornam seus parceiros. Consequentemente, eles tendem a modificar suas atitudes, prioridades e treinamento, agindo como facilitadores (BOVAIRD, 2007; BOYLE; HARRIS, 2009; RYAN, 2012).

A coprodução demanda que políticos e profissionais encontrem novas maneiras de interagir com os usuários e suas comunidades. Nesse caso se faz necessário um novo tipo de servidor público, aquele que

desenvolve coprodução, que pode ajudar a vencer a relutância de muitos profissionais em dividir o poder com os usuários e suas comunidades e que pode agir internamente nas organizações e parcerias (BOVAIRD, 2007; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012).

Na opinião de Brandsen e Honingh (2016) profissionais não devem mais ser definidos nos termos tradicionais, por suas ocupações, mas sim por possuírem um conhecimento específico que trazem para a interação com os cidadãos.

Bovaird (2007) sugere que os serviços públicos sejam revirados de dentro para fora, descobrindo o potencial das relações de coprodução e refazendo as redes sociais que reduzem a demanda para os profissionais e ajudem as intervenções, nos serviços públicos, a serem bem-sucedidas. Segundo Denhardt e Denhardt (2011), nessa interação, o interesse público - que pode ser entendido como resultante dos interesses compartilhados dos membros de uma determinada sociedade, não somente a soma dos interesses individuais de cada cidadão - deve ser colocado como prioridade para que oriente as decisões, mesmo quando há polêmicas.

Coprodução não é substituir o papel dos profissionais pelos usuários do serviço, é trazer essas duas formas de experiência juntas (OSBORNE; STROKOSCH, 2013).

No início dos anos 1980, Whitaker (1980) já dizia que para a coprodução ser possível, cidadãos e servidores públicos deveriam estar dispostos a ouvir, conversar e legitimar a proposta de política pública. Os profissionais e planejadores do serviço devem acreditar que receberão algum retorno da coprodução, enquanto os usuários devem confiar que suas contribuições serão

reconhecidas e valorizadas (OSBORNE; STROKOSCH, 2013).

Para a coprodução funcionar, os cidadãos devem estar informados sobre aspectos importantes dos serviços públicos locais, as responsabilidades e deveres deles e os fatores ambientais que podem afetar a provisão e a qualidade desses serviços (MARSCHALL, 2004).

A coprodução implica diferentes relações entre as autoridades públicas e os cidadãos (PESTOFF, 2009). Nessas interações, as pessoas estarão envolvidas simultaneamente em um processo de consenso que não é possível se cada ator for procurado separadamente (GEURTS; JOLDERSMA, 2001). Nesse caso, Osborne, Radnor e Nasi (2013) sugerem a *public service - dominant logic* ou seja, uma abordagem serviço-dominante, que coloca o usuário (e não o profissional servidor) no coração do processo. Nessa abordagem há grande mudança no foco dos serviços públicos, não mais olhando para dentro das suas instituições, mas olhando para as comunidades locais, enxergando clientes pelo que eles podem fazer, não somente pelo que precisam (BOYLE; HARRIS, 2009).

Para Roberts (2004) e também Albrechts (2013), o usuário, coprodutor e também co-aprendiz, necessita de empoderamento para trabalhar em uma situação de parceria igualitária e não acompanhar somente de longe o que acontece. Recursos, habilidades e capacidades trazidas pelos cidadãos para interação são considerados meios para o processo, assumindo-se que todos tem algo a contribuir. Isso tende a mobilizar e fortalecer a autonomia, comprometimento e responsabilidade dos cidadãos, segundo Boyle e Harris (2009) e Ryan (2012).

Frieling, Lindenberg e Stokman (2014) propõem método de coprodução colaborativa em comunidades e

citam a necessidade de regularmente reforçar a orientação coletiva dos participantes, incluindo identidade do grupo, visão compartilhada, objetivos coletivos concretos e continuamente alinhar as necessidades dos cidadãos com aquelas percebidas pelos profissionais.

A coprodução, como alternativa para a produção de bens e serviços públicos, busca o bem comum, o que implica que uma comunidade se articule para lutar por interesses comuns – ou pelo “próprio bem comum” – que pode ser diferente do bem comum da sociedade como um todo (BIER; et al., 2010). Descobrir o que é valorizado para a coletividade é diferente de saber as preferências individuais dos usuários de um serviço. É reconciliar e tentar otimizar interesses e valores, alguns congruentes, mas vários conflitantes ou pelo menos diferentes (ALFORD; YATES, 2015). Para Galli et al. (2014), encontrar consistência entre os objetivos de diferentes atores (em alguns casos opostos) é um processo contínuo no qual diálogo, construção de confiança, comprometimento e entendimentos compartilhados são cruciais.

O desafio é desenhar sistemas de desenvolvimento que estimulem cada pessoa a desenvolver suas capacidades, a assumir a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento, ciente de que só pode fazer isso em conexão com outros, com suas comunidades, no seu contexto (SCHOMMER, 2013).

Os métodos nos quais os profissionais locais são posicionados como meros facilitadores das iniciativas dos cidadãos tem maior probabilidade de melhorarem a força da comunidade em conjunto. Além disso, alinhar as reivindicações e restrições dos cidadãos com os

profissionais, parece efetivamente melhorar as condições de vida (FRIELING; LINDENBERG; STOKMAN, 2014).

Parks et al. (1981) já citavam que entender como os arranjos institucionais podem encorajar ou inibir a coprodução é importante para desenhar sistemas de produção eficientes. Segundo Pestoff (2006), há considerações a se fazer quando da escolha por coprodução. As considerações tecnológicas dizem respeito à possibilidade de ambos os produtores (regulares e consumidores) contribuírem ativamente para um resultado. As considerações econômicas determinam quando é eficiente realizar a coprodução. E as considerações institucionais determinam quando a coprodução é permitida. Portanto, ter um foco claro sobre os valores da organização facilita a definição de em quais partes do processo de produção e por quais propósitos diferentes os recursos de coprodução podem ser benéficos. Segundo Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012), as estratégias de coprodução só podem ser desenvolvidas efetivamente quando os resultados finais são definidos e entendidos claramente.

É necessária uma concepção mais ampla de governo, não somente como produtor, comprador, regulador e subsidiador, mas também como organizador, possibilitador e catalisador de esforços de indivíduos e grupos, promovendo um espaço público propício à deliberação coletiva (ALFORD, 1998; KLEIN JR; et al., 2012). Organizações de serviço público, na opinião de Yang (2011), não devem mais ser vistas como as dominadoras e únicas responsáveis pela qualidade do serviço, nem cidadãos e consumidores serem vistos como os receptores passivos. Mais do que definir regras e controlar sua aplicação ou prestar serviços públicos, cabe ao Estado favorecer as múltiplas interações em torno de interesses comuns, promovendo a coprodução

do bem público (SCHOMMER, 2013). Esse Estado ativador age também sobre o setor privado e o terceiro setor, com o propósito de mobilizar seus recursos e ativar as forças da sociedade civil (KISSLER; HEIDEMANN, 2006).

Wiewiora, Keast e Brown (2015) sugerem que, para realizar os processos de coprodução, é necessário educar as comunidades sobre as opções e recursos disponíveis estabelecendo maturidade para que elas percebam as possibilidades e estejam preparadas para aceitar as soluções definidas.

O conceito de responsabilidade compartilhada, indissociável do conceito de coprodução, na visão de De Mattia e Zappellini (2014), gera expectativa sobre a quem cabe a responsabilidade pelos resultados. Whitaker (1980) sugeria que as organizações deveriam incentivar que seus servidores compartilhassem responsabilidades com seus clientes, sendo assim, eles mais facilmente fariam as mudanças necessárias em seu comportamento. De acordo com Poocharoen e Ting (2015), os governos devem começar a distribuir a responsabilidade do fracasso de uma política pública e não a assumir sozinhos.

O modelo de coprodução de forma representativa e com sustentabilidade, de acordo com Moretto Neto; Salm e Burigo (2014), deve ter como características as bases na democracia e no interesse público; a ampla liberdade de agir, com foco no interesse público; a responsividade à comunidade e ao cidadão e o envolvimento externo contínuo e permanente.

Em resumo, ao pensar o processo de coprodução, é necessário: atenção para quem participa e como, facilidade de participação, sequência das atividades, tempo, apoio, responsabilidade pela implementação, fomento a estruturas que estimulam a coprodução, a

uma mudança de cultura necessária, a um ambiente de inovação efetivo para incubar e difundir histórias de sucesso. Além disso, o governo deve implementar melhores estratégias de comunicação para assegurar engajamento e diálogos com os participantes externos; identificar o potencial de mobilização; saber quais são as necessidades e motivos para coproduzir dos participantes; tornar a participação significativa; construir confiança; verificar a aceitação e legitimidade dada pelos parceiros do processo; compartilhar uma visão de orientação para o cidadão com toda a organização, de cargos mais altos aos mais baixos; aprender de experiências de sucesso; trabalhar compartilhando o poder; empoderar os participantes, quando necessário, trabalhando a partir de seus pontos fortes; construir a capacidade de partes politicamente mais fracas; aceitar incertezas que surgem com a coprodução; e, achar um balanço entre adicionar valor para os usuários do serviço e adicionar valor para a comunidade e cidadãos em geral. Deve estar claro até que ponto as sugestões dadas pelos cidadãos são representativas e serão colocadas em prática (BIRCHALL; SIMMONS, 2004; ROBERTS, 2004; BOYLE; HARRIS, 2009; DUNSTON; et al., 2009; COOPER, 2011; OTTMANN; et al., 2011; KLEIN JR; et al., 2012; RYAN, 2012; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012; FLEDDERUS; BRANDSEN; HONINGH, 2015; WIEWIORA; KEAST; BROWN, 2015).

Sobre empoderamento, Linders (2011) afirma que a atual “Era da Informação” facilitou essa necessidade, aprimorando a capacidade de auto-organização e criação dos atores. Para Clark, Brudney e Jang (2013), a possibilidade de fornecer a informação transparente, aberta e compartilhada em tempo real pode ser o caminho entre governo e cidadãos.

Bovaird e Loeffler (2012) lembram que a coprodução pode ampliar os serviços realizados com base em determinado orçamento, mas que ela não funciona sem dinheiro. Cooper (2011) sugere que governos devem estar atentos ao orçamento, já que a coprodução não é um processo sem custos. Além disso, aumento das formas privadas de provisão de serviços não significa necessariamente redução dos custos do governo, já que muitas organizações não-governamentais tem em seu financiamento recursos advindos de órgãos públicos (HENRIKSEN; SMITH; ZIMMER, 2015).

Independentemente do mecanismo participativo utilizado, existe sempre uma distância a ser percorrida entre o administrador público e o cidadão. O grande desafio, porém, está na operacionalização de uma participação ampla. As instituições desenhadas para deliberar em nome das maiorias muitas vezes estão em descompasso com parte significativa da população (KLEIN JR; et al., 2012). O Quadro 6 resume alguns achados sobre métodos em processos de coprodução.

Fung (2006) argumenta que os mecanismos de participação direta não são a única alternativa para representação ou opinião. A escolha de participantes para determinado processo deve levar em consideração se esses são representativos da população ou público em geral, se importantes interesses ou perspectivas estão excluídos e se os participantes têm competência para entender o processo e fazer bons julgamentos. O autor cita alguns métodos de seleção, dentre eles a “auto-seleção”, na qual a participação é aberta a qualquer pessoa que deseje participar (segundo o autor, esse método não representa o público em geral porque as pessoas com melhores níveis de educação e saúde

Quadro 6 – Métodos sugeridos para processos de coprodução de serviços públicos.

Estudo	Sugestões
Cole e Caputo (1984)	Sugerem audiências públicas para influenciar positivamente o aumento do interesse público pelas políticas locais.
Birchall e Simmons (2004)	Sugerem fóruns de envolvimento do paciente e do cidadão, em substituição aos conselhos comunitários de saúde.
Fung (2006)	Sugere que a escolha de participantes para determinado processo deve levar em consideração se esses são representativos da população; utilizar seleção randômica, para evitar que sempre os mesmos participem; engajar os participantes como iguais, que raciocinam juntos sobre problemas públicos; permitir que os participantes absorvam conhecimento e troquem perspectivas e experiências para chegar a uma conclusão comum.
Workman (2011)	Sugere que, em países em desenvolvimento, ambas as partes devem reconhecer sua dependência mútua; a estrutura do processo deve permitir sanções imediatas para falhas em reciprocidade e a existência de mecanismos regulatórios para reduzir participações por interesse partidário.
Clark, Brudney e Jang (2013)	Sugerem que um sistema de linha telefônica exclusiva e aplicativos, com a ajuda dos smartphones, pode incentivar a participação de pessoas que normalmente não estão envolvidas nos processos.

Fonte: produção da própria autora, com base nos autores citados, 2016.

tendem a participar mais) e a escolha randômica, mais representativa. Quanto aos métodos de deliberação, Fung (2006) afirma que o ideal deliberativo seria o engajamento dos participantes como iguais que raciocinam juntos sobre problemas públicos, mas a vasta maioria dos processos não ocorre dessa forma. Frequentemente os participantes são ouvidos e os

provedores regulares do serviço levam em conta suas perspectivas no momento da tomada de decisão. O modelo argumentativo é que permite que os participantes absorvam conhecimento e troquem perspectivas e experiências uns com os outros para desenvolver suas visões e descobrir seus interesses e, assim, cheguem juntos a conclusão que avança para a opinião de todos.

Este é o desafio, de acordo com Doin et al. (2012), promover a inserção social e aproximar as propostas e a execução das mesmas. Desafio este que requer a ativação ascendente de participação social, conhecimentos, habilidades, coragem e comprometimento político com a prática do bem público.

Cole e Caputo (1984) publicaram estudo sobre a participação cidadã na forma de audiências públicas em programa norte-americano, afirmando que havia pouco consenso sobre a efetividade desse mecanismo. Os autores já consideravam importante examinar os esforços de participação para verificar quais estratégias de participação cidadã são bem-sucedidas sob quais condições. Os autores concluíram que as audiências influenciaram positivamente no aumento do interesse público pelas políticas locais.

No Reino Unido, o setor de saúde tem demonstrado oportunidades de sucesso para envolvimento do cidadão, como os fóruns de envolvimento do paciente e do cidadão, que substituíram os conselhos comunitários de saúde (BIRCHALL; SIMMONS, 2004).

Cooper (2011), descreve a iniciativa “Big Society”, que visa empoderar comunidades para aumentar a autonomia local sobre orçamentos, tomada de decisão e provisão de serviços públicos, liderada pelo primeiro ministro do Reino Unido, David Cameron. Cooper (2011) sugere que a iniciativa pode transformar a maneira como

os serviços públicos são realizados, porém esconde da população as dificuldades com os cortes no orçamento.

Workman (2011), ao avaliar a coprodução de bens públicos na África, concluiu que, para o contexto político local, são importantes condições para a coprodução ser bem-sucedida: ambas as partes reconhecerem dependência mútua; a estrutura do processo permitir sanções imediatas para falhas em reciprocidade e mecanismos regulatórios para reduzir participações por interesse partidário.

Os métodos devem facilitar a coprodução de grupos de cidadãos que de alguma maneira tem sido excluídos. Clark, Brudney e Jang (2013) demonstram que a criação de um sistema de linha telefônica exclusiva e aplicativos, com a ajuda dos smartphones, na cidade de Boston (Estados Unidos), cumpriu esse requisito.

Sicilia et al. (2016) apresentam caso de coprodução, em serviço de cuidado de autistas, entre organizações. A abordagem da coprodução foi utilizada em vários estágios do serviço, inclusive no planejamento. O caso demonstrou a necessidade de novas habilidades e ferramentas de gestão para a implementação da coprodução, em particular ouvir os usuários e comunidades e mobilizar esforços e conhecimentos coletivos para atingir o interesse público.

Apresentando uma visão um pouco diferente dos autores que tratam a coprodução como algo a ser adicionado nos serviços públicos, Lam e Wang (2014) argumentam que, ao invés de conceitualizar políticas públicas como decisões autoritárias do governo e a administração pública como as ações do governo, é mais útil conceituar administração pública como um processo de coprodução no qual os esforços do governo e dos cidadãos são amplamente interdependentes. Osborne e Strokosch (2013) compartilham da mesma visão e

definem serviços públicos como os serviços que são criados em um processo de política pública e regulados pelos governos mas podem ser providos por uma variedade de organizações nos setores público, privado ou terceiro setor. No mesmo sentido, Wiewiora, Keast e Brown (2015) afirmam que essa interdependência entre os provedores do serviço e os coprodutores requer estreita interação e participação entre as partes envolvidas.

Trischler e Scott (2015) propõem uma matriz de coprodução (Figura 4) que explica como devem funcionar as relações de interdependência entre organização pública e cidadãos coprodutores na produção de serviços e valores públicos. Para esses autores a coprodução não deve ser limitada à análise e melhoria de serviços já existentes, mas vista como uma força motriz para o desenho e inovação do serviço pelo sistemático envolvimento do usuário.

Os autores apresentam uma perspectiva de aprendizagem no processo, como Dunston et al. (2009), que afirmou que a aprendizagem nas relações de coprodução não é situada somente na prática, envolve construção de capacidade entre os cidadãos e profissionais previamente e após cada conflito.

Figura 4 - A matriz da coprodução de Trischler e Scott (2015)



Fonte: Trischler e Scott (2015)

4.7 POTENCIAIS VANTAGENS DA COPRODUÇÃO

Ostrom (1996) considerou a divisão entre o governo e a sociedade civil na provisão de serviços públicos uma armadilha conceitual decorrente dos rígidos muros disciplinares no estudo das instituições humanas. A autora mencionou que, após estudar desde a década de 1970 as políticas em serviços públicos, ainda não havia encontrado um grande e centralizado departamento que pudesse prover melhor serviço direto, com equidade e em menores custos do que os serviços coproduzidos. Atualmente, já estão cada vez mais evidentes as mudanças no papel do Estado e o rompimento das barreiras entre esferas estatais e não

estatais na solução de problemas coletivos (SECCHI, 2013).

Inúmeras vantagens na aplicação de processos de coprodução de serviços públicos são citadas pelos autores da área, dentre elas a redução de gastos pelo governo, gerando maior eficiência econômica (FOLJANTY-JOST, 2011; SCHOMMER; et al., 2011; CLARK; BRUDNEY; JANG, 2013; DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014; RIBEIRO; ANDION; BURIGO, 2015; BRANDSEN; HONINGH, 2016).

Outra vantagem citada é a melhor resposta às necessidades e desejos do cidadão, difíceis de serem contempladas sem estratégias participativas e que também reduzem os recursos necessários para determinar onde os serviços são precisos (COLE; CAPUTO, 1984; FUNG, 2006; FOLJANTY-JOST, 2011; SCHOMMER; et al., 2011; KLEIN JR; et al., 2012; PETUKIENE; DAMKUVIENE, 2012; CLARK; BRUDNEY; JANG, 2013). As ações voltadas para as necessidades dos cidadãos aumentam a satisfação dos usuários com o serviço (PESTOFF, 2006; BOVAIRD, 2007; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012) e são capazes de gerar continuamente melhorias na qualidade dos serviços públicos oferecidos de forma coproduzida (BIFULCO; LADD, 2006; PESTOFF, 2006; BOVAIRD, 2007; BIER; et al., 2010; KLEIN JR; et al., 2012; PETUKIENE; DAMKUVIENE, 2012; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012; DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014; GALLI; et al., 2014; TRISCHLER; SCOTT, 2015).

A efetividade e a eficiência dos serviços tendem a ser maiores quando são coproduzidos. As pessoas que utilizam os serviços tem inúmeros recursos que fazem com que um serviço seja eficiente. Diversos autores afirmam que os serviços públicos em geral necessitam

de recursos dos servidores públicos (profissionais) e dos usuários para serem complementarmente efetivos (WHITAKER, 1980; OSTROM, 1996; PESTOFF, 2006; BOYLE; HARRIS, 2009; BIER; et al., 2010; PESTOFF, 2012; PETUKIENE; DAMKUVIENE, 2012; RYAN, 2012; BOVAIRD; et al., 2015a; POOCHAROEN; TING, 2015; TRISCHLER; SCOTT, 2015; PALUMBO, 2016).

No decorrer do processo, nas interações com os servidores públicos, organizações e outros cidadãos, o cidadão adquire novos conhecimentos em várias áreas e pode desenvolver múltiplas capacidades e habilidades de cidadania, que levam ao seu empoderamento (ROBERTS, 2004; SCHOMMER et al., 2011; YANG, 2011; KLEIN JR et al., 2012; PESTOFF, 2012; SCHOMMER, 2013; LAM; WANG, 2014; SUDHIPONGPRACHA; WONGPREDEE, 2015).

A coprodução também pode levar a um aumento do senso de pertencimento a uma comunidade, pois traz maneiras de reconstruir e revigorar as famílias e comunidades, já que constroi confiança entre as pessoas e aumenta o respeito mútuo em uma sociedade cada vez mais fragmentada e individualizada (ROBERTS, 2004; BOYLE; HARRIS, 2009; BRANDSEN; HONINGH, 2016). Além disso, a coprodução pode levar a um maior engajamento cidadão em várias outras atividades, por isso é considerada um modelo ativo de cidadania (PESTOFF, 2006; BOVAIRD, 2007; PALUMBO, 2016).

Nas ações coproduzidas entre servidores públicos e cidadãos, há uma redistribuição e compartilhamento de poder entre profissionais e cidadãos (COLE; CAPUTO, 1984; BOVAIRD, 2007; BOYLE; HARRIS, 2009; YANG, 2011; GALLI; et al., 2014; RIBEIRO; ANDION; BURIGO, 2015). A redefinição de papéis também entre as diferentes organizações e instituições e as novas formas de articulação entre elas, com posturas que permitam

relações horizontais, dinâmicas e contínuas também é um dos benefícios possivelmente gerados pela coprodução (BOYLE; HARRIS, 2009; SCHOMMER; et al., 2011; DOIN et al., 2012; SCHOMMER, 2013).

A coprodução pode modificar valores pessoais, particularmente onde há necessidade de mudanças de comportamento e de influência no desenvolvimento das pessoas, pelos profissionais, para prevenir problemas futuros. Alguns estudos atuais focalizam os potenciais da coprodução para adicionar valor, afirmando que traz benefícios para a resolução de problemas, mas também efeitos sociais e pessoais (ALFORD, 1998; BIFULCO; LADD, 2006; BOVAIRD; LOEFFLER, 2012; BOVAIRD et al., 2015b; PALUMBO, 2016).

O fomento de valores democráticos também é citado, sendo a coprodução considerada uma das peças para a reforma democrática – uma ruptura do paradigma da democracia representativa para a democracia participativa, em que os atores sociais operam e participam do campo de formulação e execução de políticas públicas (ROBERTS, 2004; FUNG, 2006; PESTOFF, 2006; BIER; et al., 2010; SCHOMMER; et al., 2011; PESTOFF, 2012; DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014; SUDHIPONGPRACHA; WONGPREDEE, 2015). A partir da coprodução é possível, ainda, atingir níveis mais altos de bem-estar social e melhoria da qualidade de vida, que não podem mais ser tratados como bens produzidos exclusivamente pelo Estado (OSTROM, 1996; BIER et al., 2010; WORMAN, 2011).

Infinitas possibilidades de inovação nos serviços públicos são geradas pelo envolvimento das pessoas e a integração de diferentes atores no processo de desenvolvimento, possibilitando serviços criativamente desenhados (FUNG, 2006; BOYLE; HARRIS, 2009;

SCHOMMER; et al., 2011; SCHOMMER, 2013; TRISCHLER; SCOTT, 2015).

Outra vantagem amplamente discutida é o aumento da legitimidade das ações coproduzidas, já que esse tipo de processo melhora a confiança pública no governo, o que contribui para a preservação e continuidade das políticas públicas (MARSCHALL, 2004; ROBERTS, 2004; FUNG, 2006; PESTOFF, 2006; KISSLER; HEIDEMANN, 2006; BOYLE; HARRIS, 2009; FOLJANTY-JOST, 2011; KLEIN JR; et al., 2012; RYAN, 2012; BRANDSEN; HONINGH, 2016; POOCHAROEN; TING, 2015). A coprodução também atende à atual necessidade dos cidadãos de transparência das informações (YANG, 2011; KLEIN JR; et al., 2012; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012) e dilui a responsabilidade pelos serviços, ao ser compartilhada com os coprodutores (DE MATTIA; ZAPPELLINI, 2014; POOCHAROEN; TING, 2015).

Doin et al. (2012) falam sobre a coprodução do bem público controle, que, segundo os autores, será tanto exitosa quanto for a participação dos cidadãos nas discussões políticas, na fiscalização dos atos políticos, no monitoramento das ações dos políticos e na definição de novas regras e estruturas institucionais.

Fledderus (2015) traz a questão da auto-eficácia, ou seja, o sentimento do participante de que as suas ações realmente têm impacto na sociedade. Essa percepção pode diminuir as sensações de vulnerabilidade e dependência, o que tem positivo impacto na auto-confiança.

4.8 POTENCIAIS BARREIRAS PARA A COPRODUÇÃO

Apesar de todos os pontos positivos citados, a coprodução não deve ser vista como a panaceia que resolverá todos os problemas dos governos (LAM, 1996; BOVAIRD, 2007; COOPER, 2011; BOVAIRD; LOEFFLER, 2012).

Pesquisas mostram que existem barreiras sistêmicas e culturais poderosas para a coprodução, que não permitem que a abordagem seja utilizada mais amplamente nos serviços públicos. Dentre elas, o financiamento das ações; a dificuldade de gerar valor, ao mesmo tempo, para os cidadãos, profissionais e gestores; e a necessidade de desenvolver habilidades profissionais nos servidores para coproduzir (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012).

Frequentemente, quando convidados a coproduzir, os cidadãos não sabem como fazer, não querem fazer, ou não dão importância a tentar (ROBERTS, 2004). Além disso, a administração pública envolve tarefas complexas, as quais os cidadãos podem não ter habilidade ou recursos suficientes para lidar (LAM, 1996) e ainda não são todos os cidadãos que são igualmente capazes de ter a responsabilidade de coproduzir (THIJSEN; VAN DOOREN, 2016).

A tecnologia, por um ponto de vista instrumental, pode facilitar novas práticas de coprodução, mas é necessário avaliar o contexto, a situação da instituição e a existência de cidadãos capazes de coproduzir com tecnologia (VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012).

Bovaird (2007) afirma que a comunidade e usuários frequentemente se interessam em participar se ajudarem a interferir melhorando seu dia-a-dia. Dessa forma, o serviço público acaba por ter dificuldade, nas

comunidades heterogêneas, onde há usuários múltiplos e/ou conflituosos, de prover serviços que agradem às preferências diversas, já que percepções de qualidade são diferentes (OSBORNE; RADNOR; NASI, 2013; THIJSEN; VAN DOOREN, 2016).

Segundo Kissler e Heidemann (2006), as administrações públicas ainda não são capazes de substituir sua ação de produtores do bem público por uma ação de agentes responsáveis em cooperação com outros atores. A participação cidadã pode desenvolver competidores políticos para os gestores públicos quando aqueles começam a questionar a legitimidade do Estado e porque este falha em responsabilizar-se por serviços públicos básicos e que são centrais para o bem-estar da sociedade (TSAI, 2011).

Whitaker (1980) já afirmava que o conhecimento e o julgamento dos servidores de ponta e cidadãos sobre o fato de coproduzir tem importância frequentemente ignorada. Em grande parte dos casos há uma resistência inicial dos profissionais, que não confiam nos usuários e comunidade para lidar com essa responsabilidade. Alguns profissionais argumentam que seu conhecimento adquirido e experiência são mais importantes que o envolvimento do usuário. Se não levados a sério, esses problemas podem levar o processo a resultados ruins, como piora da qualidade do serviço, ao invés de melhorá-lo (BOVAIRD, 2007; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012; OSBORNE; RADNOR; NASI, 2013).

As ações de coprodução ainda são orientadas para o serviço e insistem em relações de igualdade e reciprocidade, mas no ajustamento mútuo entre servidores e cidadãos há uma interação que não é entre iguais. Os servidores normalmente têm melhores recursos e o ajuste necessário nem sempre é possível

(WHITAKER, 1980; BOVAIRD; LOEFFLER, 2012; ALBRECHTS, 2013).

Os usuários e provedores de serviços públicos não teriam que lidar com incertezas somente se fossem capazes de ver e saber tudo. Na realidade, ambas as partes têm informações incompletas sobre possíveis soluções e suas consequências (FLEDDERUS; BRANDSEN; HONINGH, 2015). Apesar disso, o espaço e o papel dados ao cidadão continuam sendo decididos majoritariamente pelos gestores e profissionais (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012). Ainda, o envolvimento das pessoas da sociedade pode ser estimulado, em algumas circunstâncias, para demonstrar uma pretensa participação dos cidadãos, mas que constitui uma estratégia manipulativa apenas (ARNSTEIN, 2002; MORETTO NETO; SALM; BURIGO, 2014).

Muitos profissionais e gestores continuam acreditando que especialização e autoridade são as melhores bases para governar e são relutantes em compartilhar seu poder (RYAN, 2012). Para Arnstein (2002), participação sem redistribuição de poder é um processo vazio e frustrante para os grupos desprovidos de poder. Há necessidade de se ampliar e aprofundar a emancipação social e democrática, permitindo assim maior participação do cidadão na vida política (BIER et al., 2010).

Em estudo realizado na Austrália, Wiewiora, Keast e Brown (2015) verificaram que o envolvimento de interessados externos aos serviços públicos ainda é superficial. Foram identificados desafios no balanço de poder entre participantes internos e externos. Isso significa que alguns tem mais privilégios que outros, o que leva a uma representação desigual, podendo distorcer as necessidades atuais do serviço e vir a impactar a habilidade dos cidadãos de ter voz ativa e

influenciar as decisões. A pesquisa encontrou que apesar de promovido e encorajado, o envolvimento das comunidades e usuários é frequentemente superficial. Como consequência, a relação desconectada de governo e cidadãos pode levar à realização de serviços não desejados, que implicam em custos adicionais e/ou retrabalho (WIEWIORA; KEAST; BROWN, 2015).

A coprodução tem também outras limitações, como conflitos resultantes de diferenças de valores, papéis sem divisões claras e fraca capacidade do terceiro setor de articulação para mudanças (GALLI; et al., 2014).

Roberts (2004) traz outras críticas normalmente aplicadas à participação, como a ineficiência, já que é um processo caro, lento, embaraçoso e complicado; é politicamente ingênua; é irrealista, já que são necessárias muito mais habilidades e tempo do que os cidadãos normalmente tem; disruptiva, já que os interesses e preferências individuais dos cidadãos tendem a ser expressos como coletivas.

Cooper (2011) preocupa-se com o fato de que não se pode deduzir que, quando o Estado faltar, a comunidade automaticamente responsabilizar-se-á pelo serviço. Para o autor, a coprodução efetiva no nível local requer estruturas de governança, responsividade e prestação de contas, todas custando tempo e dinheiro. É necessária cautela ao se afirmar que iniciativas de coprodução são econômicas.

Já Fledderus (2015) afirma que, quando a coprodução leva a resultados piores do que o esperado, a organização pública é frequentemente culpada pelo cidadão que coproduz, e, quando o processo de coprodução é bem-sucedido, os cidadãos atribuem o sucesso a eles mesmos, resultando em menor satisfação com o serviço público do que em uma situação sem

coprodução. O que leva a crer que, seja qual for o resultado, a coprodução alcançará os mesmos ou piores níveis de satisfação do que se esse processo não fosse desenvolvido.

4.9 PERSPECTIVAS

Apesar de seus variados papéis e crescimento em pesquisas empíricas, coprodução não é um termo de significado completamente claro (OSBORNE; RADNOR; STROKOSCH, 2016). Nas pesquisas em coprodução, particularmente as confusões conceituais permanecem como problema e a diversidade metodológica é ainda limitada (VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012). Enquanto a literatura acadêmica sobre coprodução discute os determinantes e consequências das atividades coproduzidas, ela não realça a importância de medir a eficiência dos serviços públicos nessas condições (DE WITTE; GEYS, 2013). As motivações dos cidadãos para coproduzir são discutidas ainda em teoria, a pesquisa empírica é escassa. Para os governos atingirem uma amplitude maior de coprodutores, é essencial discutir mais esse assunto (VAN EIJK; STEEN, 2016).

A coprodução de serviços públicos vem sendo abordada desde seu “nascimento”, nos anos 1970, como uma alternativa aos modelos tradicionais de provisão de serviços públicos num contexto de crises econômicas, políticas e de necessidade de participação por parte dos cidadãos. As formas de aplicação e as motivações para os cidadãos coproduzirem são inúmeras, variando de acordo com a cultura local e momentos econômico e político dos países. Os serviços de saúde aparecem frequentemente como locais de possível aplicação de processos de coprodução bem-sucedidos.

Recentemente, já se discute se seria possível produzir qualquer serviço público sem a coprodução dos mesmos.

4.10 COPRODUÇÃO EM SAÚDE

As dificuldades e a percepção de ineficiência dos serviços públicos tem, desde os anos 1980, motivado uma preocupação sem precedentes com desempenho de serviços públicos. Essa preocupação não é tão marcante em nenhum setor como no setor da saúde (HYDE; DAVIES, 2004).

Projeções europeias estimam que as pessoas acima de 60 anos aumentem em dois milhões ao ano nas próximas décadas. Enquanto o número de pessoas que necessitam de cuidados aumenta, o número de profissionais e prestadores de serviço diminui, o que significa que é necessário inovar e engajar mais substancialmente os cidadãos – potenciais usuários nos serviços de saúde (DUNSTON, et al., 2009; SINIGAGLIA; NEARY, 2015).

A cultura médica tradicional reconhece que alguma parceria com o paciente é essencial há séculos, mas só recentemente essa parceria tem recebido crescente atenção (BATALDEN; et al., 2015). Dunston *et al.* (2009) citam que a saúde é um setor onde a aplicação dos princípios da coprodução pode ser utilizada para atingir a necessária melhora do serviço e a sustentabilidade do sistema.

As abordagens de coprodução em serviços de saúde podem ter diferentes áreas de atuação, melhorando as capacidades individuais e comunitárias para participar; realizando serviços centrados nas necessidades e preferências das pessoas, não na doença. Para Marston et al. (2016), as ações devem ser alinhadas com o conceito de promoção da saúde, que

chama atenção para a necessidade de trabalhar com atores fora do tradicional escopo da saúde, incluindo o papel de diferentes participantes na produção da saúde.

O conceito de coprodução está gradualmente ganhando importância no campo da saúde associado a alguns termos, como empoderamento do usuário, envolvimento do usuário, cuidado centrado no usuário e auto-gestão do cuidado (PALUMBO, 2016).

A coprodução do cuidado em saúde pode ser entendida com um processo complexo que incorpora aspectos do serviço, dos profissionais, dos usuários e de suas comunidades, em uma relação ativa entre profissionais e cidadãos, com foco nos usuários, para atingir as suas necessidades de saúde (HYDE; DAVIES, 2004; CHIARELLA; SALVAGE; MCINNES, 2010; MARSTON; et al., 2016; PALUMBO, 2016).

Segundo Windrum (2014), o terceiro setor, o setor privado e o setor público tem interesses bem diferentes, porém complementares, em efetivar inovações nos serviços de saúde. Para os servidores públicos, o interesse principal é desenvolver serviços de melhor qualidade e eficiência, para o terceiro setor, melhorar o bem-estar dos membros que representam, e para o setor privado, o desenvolvimento de serviços mais efetivos, que retornem lucros. Com essa constelação de interesses, há possibilidade para benefício mútuo e interação.

Hyde e Davies (2004) argumentaram que as organizações de saúde, em geral, dão pouco ou nenhum peso para o papel dos usuários dos serviços. Já Dunston et al. (2009) citam que nos sistemas de saúde os usuários exercem escolhas e fazem comentários, mas permanecem como externos e, para a maior parte, excluídos de afetar detalhadamente a tomada de decisão no desenho, desenvolvimento e entrega do serviço.

Ottmann et al. (2011) afirmam que, de fato, muitos provedores de serviços de saúde exibem grupos de usuários e outros mecanismos de envolvimento cidadão, mas poucas dessas instituições são realmente participativas.

Desafiados com o crescente número de pacientes, os sistemas de saúde têm experimentado políticas públicas e estratégias para melhorar a maneira de responder, engajar e apoiar os pacientes objetivando ajudá-los a mudar seu comportamento, autocuidar-se, viver mais, com independência e qualidade de vida (ANSTISS, 2009).

Para Dunston et al. (2009), um dos aspectos vitais para melhorar o engajamento são os usuários, cidadãos e comunidades locais estarem mais ativamente envolvidos como coprodutores em todos os níveis e aspectos do funcionamento e desenvolvimento do sistema de saúde.

Para esse autor, não há dúvida de que os benefícios da coprodução dão resultados substanciais e transformativos, porém eles desafiam todos os atuais arranjos dos sistemas de saúde, em especial a prática baseada no especialista. Além de modificar a visão sobre conhecimento profissional e conhecimento leigo, também é necessário modificar os papéis e regras que tipicamente regem a interação entre cidadãos e profissionais nos serviços de saúde (DUNSTON et al., 2009).

Para entregar resultados superiores (clínicos, funcionais, financeiros e de satisfação), os sistemas de saúde podem melhorar em coproduzir pacientes informados e ativos, que tem objetivos, plano para melhorar sua saúde, motivação, informação, habilidades e confiança para gerir bem as suas condições (ANSTISS, 2009).

Segundo Chiarella, Salvage e Mcinnes (2010), as organizações de saúde e profissionais devem experimentar uma mudança de paradigma em sua abordagem para prover cuidados em saúde e entenderem os usuários e suas comunidades como coprodutores. A coprodução é diferenciada de outras formas de participação por sua ênfase em práticas de parcerias, propondo a possibilidade de um tipo bem diferente de engajamento entre profissionais de saúde e usuários, uma parceria com diálogo e aprendizado como o mecanismo pelo qual os sistemas e serviços de saúde tornam-se coprodutivos (DUNSTON; et al., 2009).

A participação pública na melhoria dos serviços de saúde envolve novos tipos de práticas e relações entre usuários e profissionais. Formas de interações convencionais e hierárquicas precisam ser ajustadas para permitir que surjam as práticas colaborativas (RENEDO; et al., 2015).

Algumas práticas, porém, parecem partir de um paradigma implícito, que sugere que os serviços de saúde são um produto produzido pelo sistema de saúde para os usuários. Essa visão de “produto” pode dificultar os esforços para colocar profissionais e pacientes em uma relação. Os serviços de saúde são serviços que, ao contrário de produtos, são sempre coproduzidos entre profissionais e usuários que visam restaurar ou manter a sua saúde e de suas famílias (BATALDEN; et al., 2015).

As divisões de trabalho hierárquicas e a forma de provisão de serviços em que o usuário é totalmente dependente do profissional, tão comuns na área da saúde, podem estar dificultando a adoção de abordagens integrativas e participativas. Melhorar a cultura organizacional é essencial para uma participação efetiva do usuário e para a formação de um profissional coprodutor. As melhorias devem assegurar acesso

equitativo para os usuários em posições de influência, criar as melhores relações colaborativas possíveis entre pacientes e profissionais e assegurar que todos os usuários possam se envolver de maneira significativa na melhoria dos serviços de saúde (DUNSTON; et al., 2009; RENEDO; et al., 2015; MARSTON; et al., 2016; PALUMBO, 2016).

Uma mudança essencial no sistema é a troca do fazer “para” pelo fazer “com” em todos os níveis e todas as áreas dos sistemas de saúde, internamente, com os servidores e externamente, com as comunidades. A abordagem atual tem privilegiado o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cidadãos e identifica-os como os únicos provedores dos serviços de saúde (DUNSTON et al., 2009; MARSTON et al., 2016).

Dunston et al. (2009) considera que mudanças plausíveis no entendimento entre usuários e servidores podem ser a identificação de interesses compartilhados ao invés de interesses conflitantes entre profissionais e usuários dos serviços de saúde e a descrição do usuário como competente, sábio, especialista e capaz de fazer contribuições em todos os níveis e áreas do desenvolvimento e funcionamento dos sistemas de saúde.

Quando o papel dos pacientes muda de objetos passivos de cuidado para parceiros proativos e coprodutores da sua própria saúde, os profissionais de saúde passam, então, a ser catalisadores do processo, de profissionais tecnicamente competentes para profissionais com competência para interação com os cidadãos (DUNSTON, et al., 2009; HONKA; et al., 2011).

O planejamento compartilhado sugere um entendimento profundo das experiências e valores uns dos outros, a execução compartilhada demanda profunda confiança, cultivo de objetivos comuns e mútua

responsabilidade. Cada nível de trabalho compartilhado requer conhecimentos e comportamentos específicos (BATALDEN; et al., 2015). Envolver os usuários nos processos de inovação contribui para o planejamento e implementação de soluções bem-sucedidas e ajuda a identificar as prioridades na provisão dos serviços. Quanto maiores a participação, o empoderamento e o controle pelos usuários, desde o início, melhores os impactos nos resultados dos serviços, no bem-estar dos cidadãos e na redução de desigualdades em saúde (CHIARELLA; SALVAGE; MCINNES, 2010; SINIGAGLIA; NEARY, 2015).

Um projeto desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde estudou 38 casos de atenção à saúde em 29 diferentes países. Os exemplos ilustram que os serviços e estratégias são mais bem-sucedidos quando os usuários estão envolvidos no serviço e sua contribuição é valorizada. O engajamento democrático e o empoderamento dos profissionais e da comunidade foram requisitos chave para sucesso, ainda, a auto-estima e auto-confiança da comunidade foram considerados indicadores essenciais de boa saúde, construídos no processo de engajamento comunitário, educação e provisão de informações. O domínio dos programas pela comunidade local foi visto como fundamental para a sustentabilidade (CHIARELLA; SALVAGE; MCINNES, 2010).

Parrado et al. (2013) estudaram coprodução em cinco países europeus e verificaram que os serviços de saúde atingiram menores níveis de coprodução do que outros, como meio-ambiente. As discussões do grupo focal realizado mostraram que os profissionais não tendiam a desistir de seu poder, particularmente aqueles que continuavam a acreditar que sabem melhor o que é bom para o usuário do que ele próprio e que seu trabalho

é prover serviços para pessoas que são dependentes deles.

Windrum (2014) estudaram as políticas públicas em saúde envolvendo o terceiro setor, na Europa, e verificaram que essas já estão direcionadas ao modelo centrado no paciente no caso de tratamento das DCNT. Esse modelo depende do empoderamento do usuário, assim como da necessidade que ele permaneça ativo no cuidado com sua saúde, colaborando como parceiro dos profissionais. O desequilíbrio entre horas disponíveis para o paciente e horas necessárias para o tratamento das DCNT ajudou no surgimento de soluções mais eficientes. Também foi identificado que um fator de sucesso chave, além da confiança, é a habilidade dos atores de se comunicarem uns com os outros e entenderem os direcionamentos e motivações de seus parceiros.

Farmer et al. (2015) entrevistaram 22 participantes de um programa de engajamento comunitário em tomada de decisão sobre os serviços de saúde, realizado em três comunidades na Escócia, quatro anos após a iniciativa, para verificar suas percepções sobre a prática. Somente os participantes de uma das comunidades relataram ter havido mudança prática no serviço de saúde local após o programa, nesse caso, a adição de um serviço por voluntários. Apesar de relatarem a mudança, os participantes disseram sentir falta de suporte das autoridades locais para a manutenção do serviço. Os gestores e profissionais de saúde, porém, relataram que o serviço funciona bem e que os cidadãos os procurariam quando precisassem de ajuda. Os achados sugerem que, sem um acordo formalizado, a coprodução de serviços públicos pode se tornar penosa para a comunidade local e deixar um rastro de desconfiança e autoritarismo do Estado.

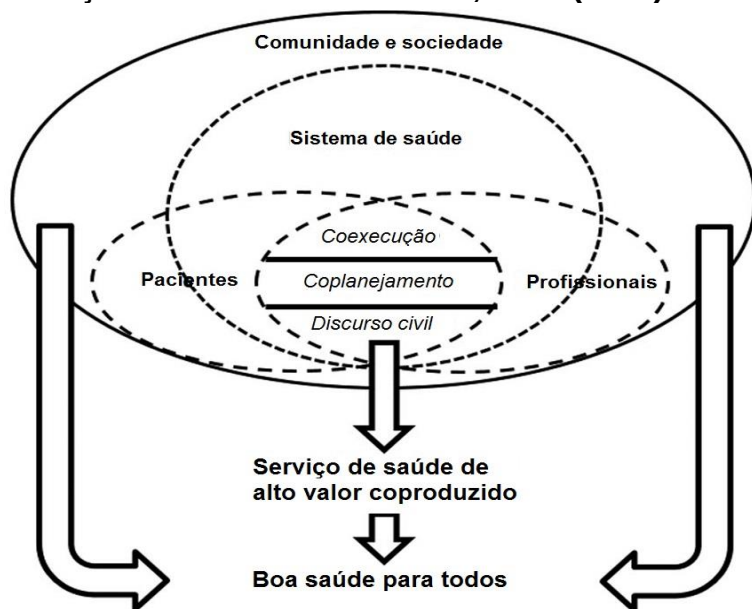
Ao estudar projeto de participação de pacientes e profissionais na melhorias de serviços de cuidado em saúde no Reino Unido, Renedo et al. (2015) verificaram que determinados elementos da organização facilitaram o sucesso do projeto, como a ênfase na colaboração não-hierárquica e multidisciplinar; a habilidade dos servidores da organização em modelar as melhorias desejadas e a participação com comportamentos de reconhecimento mútuo e respeito; comprometimento com implementação rápida, que assegurou que os conhecimentos seriam rapidamente transformados em práticas; o processo constante e interativo de coleta de dados, as reflexões facilitadas por metodologia de melhora de qualidade e o comprometimento de agir de acordo com esse conhecimento.

Os modelos de coprodução de saúde tem muito a oferecer e tem a capacidade de preencher muitos critérios, como acesso universal, participação comunitária, fomentando a auto-suficiência e autodeterminação (CHIARELLA; SALVAGE; MCINNES, 2010). O interesse em coprodução gerou a possibilidade dos sistemas de saúde e cidadãos trabalharem e aprenderem juntos para criar novas formas de manutenção e aprimoramento de práticas da saúde (DUNSTON et al., 2009).

Batalden et al. (2015) acreditam que se deve utilizar as formas de coprodução de serviços públicos em geral para facilitar a efetiva coprodução nos serviços de saúde, como empregar a experiência dos usuários e sua comunidade, permitir serviços diferenciados e mais possibilidades de escolhas para a usuário, aumentando a responsividade para suas necessidades e reduzindo desperdícios e custos. Os autores sugerem esquema de modelo conceitual para a coprodução de serviços de saúde (Figura 5), mostrando como comunidade,

sistemas de saúde, usuários e profissionais integram-se no processo para produzir melhor saúde para todos.

Figura 5 - Modelo conceitual de coprodução de serviços de saúde de Batalden, et al. (2015).



Fonte: Batalden et al. (2015).

Palumbo (2016) afirma que os serviços de saúde são, por natureza, serviços coproduzidos, já que os usuários estão profundamente envolvidos nas atividades de proteção e promoção de seu próprio bem-estar.

Para Marston et al. (2016) faltam exemplos de ações transformativas de coprodução de serviços de saúde em larga escala acontecendo, apesar de a participação ter sido frequentemente enfatizada nas políticas públicas de saúde globais.

Dunston et al. (2009), porém, citam que falta o reconhecimento dos desafios culturais e práticos impostos pela coprodução em todos os níveis e áreas

dos sistemas de saúde, levando a uma discussão mais ampla sobre como esses desafios podem ser geridos.

De acordo com Lehmann e Gilson (2014), a coprodução é vital em um campo de pesquisa que foca nos atores do sistema de saúde e seus papéis em fortalece-lo. As políticas e sistemas de saúde devem empenhar-se em trazer os conhecimentos e experiências de todos os participantes do sistema, em criar conhecimento a partir da interface entre pesquisa e prática e estimular a ação, o que requer atenção e tempo para construir relações e confiança.

A coprodução de serviços de saúde pode melhorar a qualidade dos serviços, a efetividade das ações e propiciar conhecimento mais profundo. Espera-se, portanto, que essas melhorias gerem maior satisfação para os usuários, melhores resultados no estado de saúde, diminuição de custos e inovação nos serviços (PALUMBO, 2016).

4.11 COPRODUÇÃO EM SAÚDE – EXPERIÊNCIAS

Organizações ao redor do mundo e no Brasil já têm iniciativas de coprodução em cuidados e promoção de saúde. Exemplos de ações mais pontuais que envolvem cidadãos e Estado visando melhorar as condições de saúde locais ocorrem de maneira expressiva fora do Brasil.

O programa *Sure Start* (“Começo Certo”), do Reino Unido, trata do cuidado na primeira infância, incluindo a amamentação, visando que as famílias propiciem que as crianças cheguem à idade escolar em níveis satisfatórios de saúde e bem-estar, ajudando no seu desempenho escolar. As mães são atendidas por “conselheiras” desde o final da gestação e em grupos de apoio, além de assistirem a informes publicitários sobre

as vantagens da amamentação. As mães que já passaram pelo programa são treinadas, então, para serem conselheiras das próximas. A grande vantagem deste suporte é que as novas mães estarão muito mais dispostas a conversar com mulheres que foram mães recentemente do que com profissionais de saúde e outros agentes (BOVAIRD, 2007; UK, 2014).

Também no Reino Unido, o programa “*Drink a little less, see a better you!*” (“Beba um pouco menos, veja-se melhor”, em tradução livre) – projeto dos condados de Cheshire and Merseyside na Inglaterra (com aproximadamente 1 milhão de habitantes cada), é voltado ao cuidado de homens alcoólatras ou com alto consumo de álcool. A partir do momento em que foi identificado o problema, foi lançada a campanha, na qual profissionais de saúde foram aos pubs (lugar característico para consumo de bebidas alcoólicas no país) medir pressão, níveis de colesterol, peso e altura. Além disso, havia um momento no qual os clientes eram encorajados a beber drinques e outras bebidas não-alcoólicas; foi colocado o slogan do programa dentro dos pubs. A campanha baseava-se em diminuir o consumo excessivo de álcool e incentivar os homens a cuidarem de sua saúde. Para que as ações pudessem ocorrer, a participação dos responsáveis pelos pubs e da comunidade em geral, desincentivando o consumo de bebidas alcoólicas, foi essencial (GOVINT, 2014).

O “Well London” (“Londres Bem”, em tradução livre) é um projeto da cidade de Londres, na Inglaterra (aproximadamente 8 milhões de habitantes). Iniciou em 2007, ao serem evidenciados dados de menor expectativa de vida, baixo nível de bem-estar mental e outros indicadores de qualidade de vida em desvantagem para bairros mais pobres economicamente. O projeto selecionou 20 bairros londrinos, foi realizada

consulta com cada comunidade para identificar suas principais necessidades e prioridades. A pesquisa identificou sérios problemas com manutenção de alimentação saudável, barreiras para prática de atividade física e problemas com bem-estar mental. O projeto dividiu-se em aumentar a participação comunitária e criar "espaços de saúde" para trabalhar com os principais problemas apontados. Ao todo, 14 projetos foram desenvolvidos nas comunidades (GOVINT, 2014).

O programa "The Beacon Community Regeneration Partnership" (Parceria para a Regeneração da Comunidade de Beacon – em tradução livre), foi formado para ajudar o Estado a trabalhar com os moradores da comunidade. A interação combateu um crescente senso de apatia e desconfiança, tentando transformar raiva e frustração em ações positivas e efetivas. Essa interação ainda trouxe resultados positivos sobre a qualidade de vida da população, inclusive na saúde (BOVAIRD, 2007).

O programa Expert Patient Scheme, também desenvolvido no Reino Unido, traz pacientes que vivem há longo período com determinado problema crônico para ensinar outros sobre suas experiências, já tendo atingido mais de 50 mil pessoas (BOYLE; HARRIS, 2009).

A iniciativa "thinkpublic" tem objetivo de melhorar os serviços de cuidados em saúde através do chamado co-design, uma ferramenta que ajuda a encontrar as necessidades de usuários e servidores. O trabalho é realizado com governo, servidores que elaboram as políticas públicas, organizações e comunidades locais, permitindo que servidores e usuários trabalhem juntos para transformar os serviços de saúde dentro das instituições e fora, nas comunidades (SZEBEKO; TAN, 2010).

Ainda na Inglaterra, também há iniciativas recentes tratando do envolvimento dos pacientes nas inspeções sanitárias de hospitais que visam à segurança e qualidade dos serviços oferecidos (SUTTON, EBORALL e MARTIN; 2015).

O programa The Food Train (“O trem da comida”, em tradução livre) iniciou em 1995, na cidade de Dumfries, na Escócia (com aproximadamente 45 mil habitantes). A necessidade de levar alimentos de alto valor nutricional para uma população idosa que não tinha condições de comprá-los por barreiras físicas (não poder carregar as sacolas, não poder dirigir) foi o estopim para o lançamento do projeto. O trem é dirigido por cidadãos também idosos. Além de deixar os alimentos ao alcance da população que antes não tinha acesso, os voluntários ainda ajudam os idosos que necessitam com a lista de compras, formas de pagamento, no momento de desembalar os alimentos e, quando necessário, a devolução do produto. Os supermercados contribuem para o projeto fazendo com que seus funcionários selecionem os produtos da lista de compras para entrega, junto com outros voluntários do projeto (GOVINT, 2014).

Na Escócia, o “Remote Service Futures” (Destinos do Serviço Remoto – tradução livre) foi um projeto que durou de 2008 a 2010, de participação comunitária para desenvolver um método baseado em processos de tomada de decisão deliberativos para gerir os serviços de saúde locais em quatro comunidades. O foco era desenvolver os gestores de saúde para engajarem usuários e comunidade locais para tomada de decisão empoderada (FARMER et al., 2015).

Fora do Reino Unido, pode-se citar o projeto Esther approach to healthcare in Sweden (“Acesso de Esther ao cuidado com a Saúde na Suécia”, em tradução

livre), da cidade de Jönköping no sul da Suécia (de aproximadamente 300 mil habitantes), voltado para o cuidado em saúde de idosos (aproximadamente 75% da população). O projeto teve início com o caso de uma idosa que necessitou repetir o relato de seus sintomas para 36 profissionais de saúde do município antes de receber atendimento. A partir do caso, iniciou-se um projeto de reestruturação do atendimento na assistência à saúde em todos os níveis (cuidado em casa, em pequenas clínicas de bairro e em hospitais). A participação cidadã ocorreu no design dos novos serviços, já que a nova estrutura foi remodelada de acordo com uma pesquisa realizada com os moradores locais, que puderam expressar suas preferências (tratar-se perto de casa sempre que possível, permanecer em hospitais o mínimo de tempo possível, dentre outras). Dentre os resultados, ocorreu diminuição na espera por consultas com neurologistas e gastroenterologistas, redução do número de dias de internação no hospital e até mesmo do número de admissões (GOVINT, 2014).

Na Itália, Galli et al. (2014) estudaram a coprodução em refeições escolares unindo cidadãos usuários do serviço, os servidores públicos e o mercado (ou seja, os provedores das refeições) através do “Comitê das Cantinas”, um órgão de nível municipal que permite que esses atores se engajem na provisão do serviço de refeições planejando, entregando e monitorando, trazendo diferentes perspectivas para a inovação nas cantinas.

O “Shepparton Healthy Heart Project” (Projeto coração mais saudável em Shepparton – tradução livre), desenvolvido na cidade de Greater Shepparton, na Austrália (com aproximadamente 50 mil habitantes na época), tinha como primeiro objetivo gerar mudanças em política pública apoiadas em programas de educação em

saúde tradicionais. Somente o segundo objetivo era mudar, em curto prazo, o comportamento individual.

A “Towards a Healthy Diet” (Em direção a uma dieta mais saudável – tradução livre) foi uma fase do programa que objetivou mudar práticas relevantes para uma dieta saudável em cafés, restaurantes, escolas locais e na relação dos médicos clínicos gerais com seus pacientes. O projeto iniciou em outubro de 1991 e terminou dois anos depois. Dentre as atividades, estavam duas campanhas de mídia: Fruit ‘N’ Veg with every meal (frutas e verduras em toda refeição – tradução livre) e Flavour without fat (sabor sem gordura – tradução livre), além de livros de receitas lançados.

Outras atividades foram “The Eating Places Subprogram” (Subprograma dos serviços de alimentação – tradução livre), que objetivou a promoção de práticas saudáveis na preparação e apresentação de alimentos nos estabelecimentos; “Schools Subprogram” (Subprograma das escolas – tradução livre), que distribuiu manuais chamados “o que você pode fazer” para todos os professores; e “GP Subprogram” que viabilizou kits informativos para médicos de clínica-geral e pacientes. Dentre os resultados, os autores citam que o número de estabelecimentos oferecendo alimentação saudável aumentou, assim como o número de preparações com frutas nos serviços de alimentação. Dois terços dos residentes de Shepparton afirmaram ter visto as campanhas de mídia e mais de 10% afirmaram ter adquirido e utilizado os livros de receitas (DUNT; NEIL; PIRKIS, 1999).

Nos Estados Unidos, Cotterchio, *et al* (1998) avaliaram a eficácia de um programa da Comissão de Saúde Pública de Boston, baseado em promover treinamento em manipulação de alimentos para administradores de restaurantes que não tiveram bons

resultados em sua inspeção sanitária ou que voluntariamente quisessem participar. Os autores comprovaram a melhora na pontuação obtida nas inspeções sanitárias por esses restaurantes com gestores treinados, em relação a um grupo controle.

No Brasil, no estado da Paraíba, a Universidade Federal desenvolve um projeto de terapia comunitária, no qual a comunidade identifica suas necessidades e os profissionais de saúde respondem a essa agenda comunitária para saúde. O serviço de terapia comunitária é oferecido para todos os cidadãos, seja criança ou adulto, de ambos os sexos. Os participantes demonstraram melhora em seu estado geral de saúde, capacidade de manter relacionamentos e suas habilidades de interação social. Além disso, relataram sentirem-se mais empoderados, determinados e independentes, com respeito a eles mesmos e suas limitações (CHIARELLA; SALVAGE; MCINNES, 2010).

5 O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Na presente pesquisa, a primeira etapa foi a identificação do problema, as DCNT e a falta de intervenção da VISA nesse problema. Após, foi construída a fundamentação teórica, através de revisão sistemática dos temas relacionados à coprodução de serviços públicos, promoção de saúde, vigilância em saúde, vigilância sanitária, práticas de promoção de saúde e de coprodução de serviços de saúde.

Tendo aprofundado os conhecimentos teóricos sobre os temas envolvidos, foi elaborada uma proposta de trabalho para enfrentamento do problema das DCNT a ser realizado pela fiscalização sanitária de alimentos do município de Florianópolis, em coprodução com outros atores. A proposta, potencialmente inovadora dentro do que se conhece sobre a atuação de vigilância sanitária no Brasil e serviços de inspeção em saúde no mundo, unindo conceitos da administração pública e da saúde, foi baseada nos fatos de que se admitia que os técnicos e gestores da organização não possuíam todo o conhecimento sobre o assunto e, eram necessárias outras visões, além do foco em fiscalização, para a implementação do trabalho. Definiu-se que os atores a serem convidados seriam aqueles atuando na fiscalização sanitária de alimentos, especialistas no assunto (nutricionistas), representação dos estabelecimentos atingidos pela proposta (os restaurantes), representações de consumidores e consumidores que haviam solicitado serviços da vigilância sanitária municipal recentemente (realizado denúncias).

Dessa forma, foi iniciado o trabalho prático, baseado na abordagem da *Design Science*, ou seja, em

uma pesquisa interativa, com possibilidade de resultados inesperados e com participação de diversos níveis de atores interessados na proposição de soluções para o problema apresentado.

Estabeleceu-se um cronograma de seis encontros presenciais entre os atores convidados a participar, com início em outubro de 2015 e previsão de término em março de 2016, com horários e datas a serem agendados de acordo com a preferência dos participantes, a serem determinados no primeiro encontro. Os primeiros atores a serem convidados foram os fiscais de vigilância em saúde que desenvolviam suas atividades na fiscalização sanitária de alimentos e os órgãos de representação da classe de nutricionistas, visto à necessidade de agregar os conhecimentos técnicos dos fiscais e nutricionistas e iniciar um delineamento mais detalhado da proposta, com base nos conhecimentos científicos de quais os principais fatores da alimentação que são fatores de risco ou protetores das DCNT. Em seguida, assim que os participantes iniciais julgassem apropriado, os órgãos de representação dos restaurantes e os cidadãos consumidores de serviços de alimentação seriam chamados.

Os encontros foram, portanto, divididos em uma etapa de design somente com os técnicos e especialistas da área, envolvendo profissionais de diferentes organizações e com diversas experiências e conhecimentos sobre as questões nutricionais, legais e da realidade dos restaurantes em formato bufê no município, além de serem eles mesmos usuários desse tipo de estabelecimento. Numa segunda etapa, a coprodução do desing do serviço seria realizada com esse grupo e as representações dos gestores dos restaurantes, atores diretamente atingidos pela proposta,

e com alguns consumidores desse tipo de estabelecimento.

A pesquisadora participou principalmente como organizadora e mediadora dos encontros, porém livre para opinar a partir de seus conhecimentos técnicos como fiscal de vigilância em saúde, coordenadora de fiscalização sanitária e nutricionista.

As pautas seguiram uma agenda inicial, mas puderam ser modificadas a depender do desenrolar das reuniões e resultados de cada uma, porém algumas perguntas deveriam ser respondidas ao longo dos encontros, dentre elas: A certificação e a classificação serão obrigatórias ou um serviço opcional oferecido pela Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos? A certificação e a classificação serão atreladas à emissão do Alvará Sanitário do estabelecimento ou um documento separado? A certificação e a classificação atenderão a critérios higiênico-sanitários e de alimentação saudável ou somente de alimentação saudável? Quais serão os critérios utilizados para a certificação e para a classificação? Qual o sistema de pontuação a ser utilizado? Qual a periodicidade das vistorias para (re)classificação? Qual o formato da classificação (letras, números, estrelas, cores...)?

O desenvolvimento do instrumento de certificação e classificação dos estabelecimentos deveria visar o seu uso pelo cidadão, para que, ao escolher o estabelecimento em que irá consumir alimentos, possa levar em consideração o impacto que a forma como esses alimentos são preparados tem na sua saúde e realizar suas escolhas de maneira consciente.

A elaboração deste trabalho dependeu da cooperação de diversas organizações e cidadãos, que poderiam, ou não, aceitar a proposta de parceria para desenvolvimento do projeto, assim como, poderiam

sugerir mudanças profundas na proposta de certificação e classificação de estabelecimentos inicialmente pensada, acarretando em mudanças no desenvolvimento do trabalho e também em seus objetivos específicos e objetivo geral.

Como produto final desse processo, esperava-se obter, de forma coproduzida com atores externos à organização (Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos), o instrumento de certificação e classificação de restaurantes no município de Florianópolis (roteiro de inspeção com os critérios a serem utilizados para certificar e classificar os estabelecimentos), assim como o símbolo da Certificação e Classificação em Qualidade Nutricional por avaliação dos alimentos servidos. Além disso, esperava-se divulgar, para além da Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos, o conhecimento obtido sobre a classificação de estabelecimentos e sobre a metodologia de desenvolvimento do projeto, ou seja, a coprodução de um serviço público.

Segundo Ottmann, et al. (2011) o conceito de coprodução é, por si, um método. Nesta pesquisa, aplicou-se o conceito mais abrangente de coprodução, que inclui usuários, mas também a comunidade, participando já a partir do planejamento do serviço, ou, como citam Osborne e Strokosch (2013) “um modelo aprimorado” de coprodução, que aumenta o poder de inovar os serviços.

A ideia inicial e utilizada ao longo do desenvolvimento da pesquisa foi a de manter encontros presenciais entre os atores e algumas comunicações por veículos como e-mail. Os atores foram aos poucos sendo convidados para juntarem-se ao grupo. O Quadro 7, demonstra, resumidamente, como se desenvolveram os encontros.

Quadro 7 – Resumo do desenvolvimento dos encontros do Grupo de Trabalho para Classificação de Estabelecimentos

Encontro	Data	Objetivos	Participantes	Resultados	Observações Gerais
1	27/10/15	-Apresentar a proposta de trabalho para fiscais e técnicos convidados; -Formar o Grupo de Trabalho com agenda definida.	-Ana Carolina Abreu (nutricionista IBNF) -Ana Laura Rodrigues (nutricionista IBNF) -Clarice Melo (nutricionista CRN10) -Rafaela Bertuol (nutricionista CRN10) -Suellen Martinelli (nutricionista doutoranda UFSC) -Carolina Freire (nutricionista Gerência de Promoção de	-Adesão dos convidados ao Grupo de Trabalho; -Agenda para os próximos encontros.	Os presentes se mostraram muito interessados na proposta. Dois dos fiscais que concordaram em participar do Grupo de Trabalho não compareceram à reunião.

			Saúde-PMF) -Denise Albernaz (fiscal de vigilância em saúde) -Paula Schommer (professora orientadora da pesquisa)		
2	11/11/15	-Alinhar as expectativas dos participantes com o projeto; -Discutir possíveis critérios para avaliar a qualidade nutricional dos alimentos servidos em restaurantes tipo bufê.	-Ana Carolina Abreu (nutricionista IBNF) -Ana Laura Rodrigues (nutricionista IBNF) -Rafaela Bertuol (nutricionista CRN10) -Suellen Martinelli (nutricionista doutoranda UFSC) -Carolina Freire (nutricionista Gerência de Promoção de Saúde-PMF) -Cristiano Simões (fiscal de vigilância	-Avaliação da qualidade nutricional dividida em cinco etapas; -Definição de alguns critérios; -Percepção da necessidade de pesquisar estudos afins ao tema discutido.	Definiu-se que seriam necessários mais encontros entre técnicos e fiscais antes do convite para outros participantes.

			em saúde) -Denise Albernaz (fiscal de vigilância em saúde) -Tiago Castro (fiscal de vigilância em saúde) -Paula Schommer (professora orientadora da pesquisa)		
3	25/11/15	-Apresentar estudos afins ao tema discutido; -Definir critérios de cada etapa da avaliação.	-Ana Carolina Abreu (nutricionista IBNF) -Suellen Martinelli (nutricionista doutoranda UFSC) -Cristiano Simões (fiscal de vigilância em saúde) -Denise Albernaz (fiscal de vigilância em saúde)	-Critérios definidos detalhadamente.	Muitos convidados não compareceram ao encontro, dentre esses dois participantes deixaram o grupo de forma definitiva.
4	09/12/15	-Separar os critérios em indispensáveis, ou não, para a	-Ana Carolina Abreu (nutricionista IBNF) -Elisa Berkenbrock (nutricionista IBNF)	-Discussão sobre alguns critérios mais polêmicos;	Maior comparecimento de atores técnicos ao encontro, decisão dos participantes de convidar

		certificação.	-Clarice Melo (nutricionista CRN10) -Suellen Martinelli (nutricionista doutoranda UFSC) -Cristiano Simões (fiscal de vigilância em saúde) -Denise Albernaz (fiscal de vigilância em saúde)	-Separação dos critérios em indispensáveis ou não.	as representações de restaurantes para o próximo encontro.
5	03/03/16	-Discutir os critérios com as representações de restaurantes; -Pontuar os critérios para a classificação de acordo com a qualidade nutricional.	-Ana Carolina Abreu (nutricionista IBNF) -Cristiano Simões (fiscal de vigilância em saúde) -Paula Schommer (professora orientadora da pesquisa)	-Pontuação dos critérios para a classificação de acordo com a qualidade nutricional	As representações de restaurantes não compareceram ao encontro. Uma fiscal participante assídua, até então, deixou o grupo de trabalho. Definuiu-se que o roteiro seria testado, em restaurantes do município, pelos fiscais de vigilância em saúde atuantes na Coordenação de Fiscalização Sanitária de

					Alimentos.
6	07/04/16	-Repassar as impressões dos fiscais na aplicação do roteiro; -Finalizar o roteiro; -Discutir como incluir representações de restaurantes e cidadãos no Grupo de Trabalho.	-Ana Carolina Abreu (nutricionista IBNF) -Suellen Martinelli (nutricionista doutoranda UFSC) -Cristiano Simões (fiscal de vigilância em saúde)	-Finalização do roteiro; -Decisão por convidar diretamente gestores de restaurantes, representação de consumidores e outros consumidores, diretamente, para o próximo encontro	A representação de restaurantes que ainda mantinha contato não compareceu à reunião.
7	25/04/16	-Apresentar a proposta de trabalho para os novos participantes; -Discutir aspectos gerais da certificação e classificação,	-Suellen Martinelli (nutricionista doutoranda UFSC) -Cristiano Simões (fiscal de vigilância em saúde) -Paula Schommer (professora orientadora da	-Definição de aspectos gerais da certificação e classificação; -Percepção de que devem haver outros encontros para	A representação dos consumidores não compareceu à reunião, dos consumidores convidados diretamente, somente uma compareceu. Os gestores de restaurantes convidados diretamente compareceram em grande

		como a periodicidade das vistorias e prazos para adequação; -Discutir e definir quais símbolos representarão a certificação e a classificação dos restaurantes.	pesquisa) -Camila Dutra -Ana Lúcia Corrêa -Tatiane Nascimento -Kelly Valgas -Fernando -Graziela Berté -Roseli Miranda, e, -Gisela (gestores de restaurantes) -Alzira Horn (consumidora)	discussão dos critérios de certificação e classificação com os gestores de restaurantes; -Sugestão de alguns símbolos para a certificação e classificação.	número. As sugestões de símbolos foram ricas. Definiu-se por aguardar a elaboração do símbolo por profissional, de acordo com o direcionamento dado na reunião, para posterior escolha através de mensagens de e-mail.
--	--	---	---	--	---

Fonte: produção da própria autora (2016)

Estabeleceu-se que, para os primeiros encontros, de alinhamento de conhecimentos técnicos, seriam convidados os órgãos de representação de nutricionistas, a indicarem profissionais experientes para representação e fiscais de vigilância em saúde atuantes na Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos que tivessem interesse no tema. Os próximos participantes foram convidados a partir do momento em que os participantes iniciais consideraram apropriado. Os convites foram realizados a partir de uma carta-convite (Apêndice 1), contendo explicação breve sobre o projeto e seus objetivos, data do encontro e assinatura da pesquisadora, da professora orientadora do trabalho, representando a Udesc Esag e do Gerente de Vigilância Sanitária, representando a Prefeitura de Florianópolis.

A carta foi enviada por e-mail às entidades, com 18 dias de antecedência, mas também foram realizados contatos por telefone para agilizar e incentivar as confirmações de participação. Quanto aos fiscais, as cartas foram entregues pessoalmente, pela pesquisadora, no momento em que já explicava mais detalhadamente do que se tratava o projeto e como seria a atuação dos fiscais nele (em horário normal de trabalho, trazendo os conhecimentos de fiscalização).

Quanto às organizações convidadas - Conselho Regional de Nutrição (CRN10), Instituto Brasileiro de Nutrição Funcional (IBNF), Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Gerência de Promoção de Saúde da Prefeitura de Florianópolis, todas enviaram representantes para o primeiro encontro. Essas três organizações foram escolhidas por seu reconhecimento como representações de nutricionistas no município e por possivelmente levarem ao debate diferentes abordagens sobre os temas a serem discutidos. Já quanto aos

fiscais, houveram duas negativas de participação até que fossem confirmadas as participações de três fiscais, número considerado adequado para igualar as representações de organizações externas à Prefeitura de Florianópolis, sendo dois deles graduados em nutrição e um graduado em economia, que prontamente aceitaram o convite. Ainda, foram convidados o Gerente de Vigilância Sanitária e a Coordenadora de Fiscalização Sanitária de Alimentos, que, apesar de aceitarem participar de pronto, não compareceram em nenhum dos encontros. Um a dois dias antes de cada encontro foi enviado e-mail lembrando os participantes do compromisso.

O primeiro encontro foi realizado em 27 de outubro de 2015 (terça-feira), em sala da Udesc Esag, com horário programado das 17 horas às 19 horas (horário em que os convidados externos à Prefeitura supostamente já poderiam estar livres de suas obrigações de trabalho diárias). Dele participaram: as nutricionistas Ana Carolina Abreu e Ana Laura Rodrigues, representando o IBNF; as nutricionistas Clarice Melo e Rafaela Bertuol, representando o CRN10; Suellen Martinelli, doutoranda em Nutrição na UFSC; Carolina Freire, servidora da Gerência de Promoção de Saúde; Denise Albernaz, fiscal de Vigilância em Saúde; Paula Schommer, professora orientadora da pesquisa.

Os outros dois fiscais que aceitaram participar do grupo de trabalho não puderam participar no horário estabelecido para o primeiro encontro, por ser fora de seu horário de trabalho e, dessa forma, já terem outros compromissos. O encontro foi iniciado com uma apresentação sobre o problema de pesquisa (DCNT), local de desenvolvimento (Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos), esclarecimento dos principais conceitos envolvidos (coprodução de serviços públicos,

promoção de saúde, classificação de restaurantes pelo mundo) e proposta de formação do Grupo de Trabalho para seleção dos critérios, pontuações e símbolos. Os participantes todos aceitaram formar o Grupo de Trabalho para Classificação de restaurantes e concluíram, por consenso, que o melhor horário para as reuniões seria nas quartas-feiras pela manhã. A mesma apresentação foi realizada, posteriormente, para os fiscais que não puderam comparecer a esse encontro.

O segundo encontro foi realizado em 11 de novembro de 2015 (quarta-feira), no mesmo local que o primeiro, das 9 horas às 12 horas, contando com a participação de todos os presentes no primeiro encontro (exceto a representante do CRN10, Clarice) e os fiscais de vigilância em saúde ausentes – Cristiano Simões e Tiago Castro. Nesse encontro foram alinhadas as expectativas de cada participante com o projeto e deu-se início à busca por critérios que pudessem ser utilizados para certificar e classificar os restaurantes, onde se concluiu que deveria-se dividir os critérios em cinco grupos, de acordo com os momentos da inspeção (utensílios e equipamentos disponíveis na cozinha, matérias-primas utilizadas, produtos expostos ao consumidor, ambiente e documentos). Foi sugerida, pelos participantes, discussão sobre alguns estudos relativos à qualidade nutricional de alimentos servidos em restaurantes, no próximo encontro. Ainda sem ter todos os critérios técnicos alinhados, decidiu-se por realizar mais um encontro sem a participação das representações de restaurantes e consumidores.

O terceiro encontro aconteceu em 25 de novembro de 2015 (quarta-feira), no mesmo local que os anteriores, também no período matutino, e contou com a participação de dois fiscais e duas nutricionistas, sendo que o terceiro fiscal desistiu de sua participação nos

encontros, pois alegou sentir que não poderia contribuir devido a sua formação acadêmica não ser na área de saúde/nutrição. Uma das nutricionistas, representando o IBNF, entrou em licença maternidade e também deixou o grupo definitivamente. As nutricionistas representando o CRN10 justificaram ausência devido a outros compromissos profissionais. Nesse encontro foram apresentados, pela pesquisadora, estudos afins à proposta discutida, como modelos de avaliação de bufês e pesquisas sobre qualidade nutricional de alimentos comercializados em restaurantes. A partir desses estudos e do conhecimento técnico e prático dos participantes, os critérios discutidos no primeiro encontro foram mais detalhados conceitualmente. Novamente, ficou decidido realizar mais um encontro “técnico” antes de incluir as representações de restaurantes e consumidores no grupo.

Em 09 de dezembro de 2015 (quarta-feira), no mesmo local e horário dos encontros anteriores, realizou-se o quarto encontro do grupo, que teve participação dos fiscais de vigilância em saúde Cristiano e Denise e das nutricionistas Clarice, Ana Carolina, Suellen, e Elisa Berkenbrock, que, quando inicialmente convidada, não pôde participar, porém foi acolhida ao grupo a partir deste encontro. O fiscal que havia já desistido da participação não retornou, apesar de ser afirmado que todos os pontos de vista seriam importantes na construção do trabalho. A nutricionista da Gerência de Promoção de Saúde da Prefeitura acabou por ingressar em um novo trabalho, fora da Prefeitura, e deixou o grupo definitivamente. Nesse momento, foram revisados os critérios escolhidos para a certificação e classificação detalhadamente e estes foram separados em itens indispensáveis para a certificação, ou seja, que se não apresentados pelo restaurante, impedem que este

receba a Certificação de Qualidade Nutricional e aqueles que serviriam para classificar o restaurante em melhor ou pior qualidade nutricional, já dentro de um nível aceitável, a partir do cumprimento dos critérios indispensáveis. Ao final do encontro, os participantes decidiram adiar o próximo encontro para o período após as festas de final de ano, além de incluir as representações de restaurantes, para que pudessem ser discutidas com eles a viabilidade de cada critério e a pontuação a ser atribuída a cada item.

As representações de restaurantes no município (uma associação e um sindicato) foram convidadas também por carta-convite, nos mesmos moldes da primeira, enviada por e-mail. Foi feito contato por telefone com ambas as organizações para explicar melhor os objetivos do projeto e estimular a participação de ambas. A associação alegou que na data escolhida para o encontro não seria possível a participação de nenhum dos membros, portanto o encontro foi adiado em duas semanas para que a associação pudesse participar. O sindicato, apesar nos inúmeros contatos por telefone e e-mail, não chegou a se manifestar sobre a participação, ou não, no grupo.

O quinto encontro do Grupo de Trabalho realizou-se em 03 de março de 2016 (quinta-feira), no mesmo local e horário dos anteriores. O dia da semana foi modificado a pedido dos participantes, por se encaixar melhor em suas agendas do novo ano. Participaram deste encontro, porém, somente um dos fiscais e uma das nutricionistas, além da professora orientadora da pesquisa. As outras nutricionistas confirmaram presença no dia anterior, porém alegam que não foi possível chegar ao local devido às intempéries do dia (extremamente chuvoso); a fiscal de vigilância em saúde que havia participado dos encontros anteriores entrou,

também, em licença maternidade e deixou o grupo definitivamente. A associação representante dos restaurantes justificou, após o encontro, que o representante designado para participação teve problemas em uma viagem e não havia conseguido chegar a tempo. De qualquer forma, o encontro se desenvolveu e foram determinadas pontuações para cada critério já estabelecido nos encontros anteriores. Ao final do encontro, foi sugerido que esse roteiro fosse aplicado em restaurantes do município para que pudesse ser verificada sua aplicabilidade.

Dessa forma, a pesquisadora e o fiscal participando do Grupo de Trabalho aplicaram o roteiro em seis restaurantes, de diferentes bairros, durante o mês de março de 2016. Enquanto isso, foi agendada reunião com todos os fiscais da Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos. A reunião foi realizada em 17 de março de 2016, nas dependências de sede da Prefeitura, com a presença de oito dos onze fiscais da coordenação. As faltas foram todas por motivo de licença ou férias. Foi apresentado aos fiscais os principais pontos do projeto, como o problema da pesquisa (DCNT), os principais conceitos envolvidos (coprodução de serviços públicos, promoção de saúde, classificação de restaurantes pelo mundo), o trabalho desenvolvido, até então, pelo Grupo de Trabalho para Certificação e Classificação de Restaurantes e o detalhamento do roteiro de inspeção proposto, com instruções sobre como realizar a inspeção de cada item, com base nas discussões ocorridas nos encontros do Grupo de Trabalho e recente experiência de aplicação do roteiro. Cada dupla de fiscais foi instruída a aplicar o roteiro em dois a três restaurantes de diferentes bairros e características e devolver os roteiros preenchidos e com

observações acerca das dificuldades encontradas, num prazo de pouco mais de duas semanas.

Realizou-se outra reunião entre fiscais e esta pesquisadora para que eles trouxessem o retorno das inspeções. Foram aplicados roteiros num total de onze restaurantes. De modo geral, os fiscais afirmaram que a inspeção durou menos tempo do que o previsto, não encontraram dificuldades para verificar a maior parte dos itens e muitos dos restaurantes tiveram boa receptividade para com a ideia de certificar e classificar os estabelecimentos de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos servidos.

No sexto encontro do Grupo de Trabalho, realizado em 7 de abril de 2016 (quinta-feira), no mesmo horário e local dos anteriores, foram repassadas as impressões da pesquisadora e dos fiscais com a aplicação do Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes em 17 estabelecimentos do município e realizaram-se algumas adequações, de acordo com as sugestões dos fiscais que foram a campo. Esse encontro contou com a presença do fiscal de vigilância em saúde e de duas nutricionistas. A associação representante de restaurantes mais uma vez não se fez presente. Foi decidido que, para o próximo encontro, seriam convidados diretamente os gestores dos restaurantes nos quais foi aplicado, para teste, o Roteiro elaborado pelo Grupo e também de cidadãos consumidores desse tipo de restaurante, a fim de escolher o símbolo para a certificação e classificação e a forma pela qual ela seria aplicada. O horário também foi modificado por comum acordo, para o final da tarde, supondo-se que seria melhor para os gestores de restaurantes que servem almoço (que tem o pico de trabalho pela manhã) e para consumidores que trabalhassem 8 horas/dia.

Inicialmente, com pouco mais de duas semanas de antecedência, foram convidados os gestores de sete dos restaurantes, que demonstraram interesse no trabalho no momento do teste de aplicação do Roteiro de Inspeção desenvolvido. Vendo a demora na confirmação de presença e dificuldade de participação de alguns, foram convidados os proprietários de quatro redes de restaurantes em formato bufê do município. Os contatos foram realizados inicialmente por telefone, sendo solicitado contato de e-mail da pessoa responsável e enviada a carta-convite, nos mesmos moldes das cartas anteriores. Em alguns casos, foi necessário confirmar recebimento do e-mail e de presença também por telefone. Foram obtidas confirmações de presença de oito estabelecimentos, comparecendo sete deles no dia da reunião.

Quanto aos consumidores, foi convidado o COMSEAS, como uma representação dos consumidores; e, foram convidadas diretamente aquelas pessoas que haviam realizado denúncias identificadas para a Vigilância Sanitária municipal, acerca de estabelecimentos de alimentação. Imaginou-se que essas pessoas teriam interesse em contribuir no trabalho da organização, já que já haviam necessitado de seus serviços. Foram enviadas 18 cartas-convite por e-mail, já que a maioria dos telefones não constava preenchido ou constava preenchido incorretamente no cadastro do denunciante. Para incentivar as participações, foi proposto sorteio de dois prêmios na carta-convite enviada, consulta com nutricionista e curso de auto-maquagem. Não se obteve retorno de quaisquer dos convidados, então se decidiu por convidar pessoas a partir da rede de relacionamentos da pesquisadora e da professora orientadora da pesquisa, segundo os critérios de pessoa que fosse consumidora de restaurantes tipo

bufê e não fosse profissional da área (proprietária de estabelecimentos de alimentação ou nutricionista). Após contato por telefone e e-mail com dezenas de pessoas, obteve-se três confirmações de presença para a reunião, porém, somente uma das convidadas compareceu. Quanto ao COMSEAS, também ausente, a representação deste justificou ausência na data por problemas pessoais.

A última reunião do Grupo de Trabalho foi, então, realizada em 25 de abril de 2016, das 17 horas e 30 minutos às 19 horas e 30 minutos no local de costume. Desse encontro participaram Paula Schommer, professora orientadora da pesquisa; Cristiano Simões, fiscal de vigilância em saúde; Suellen Martinelli, nutricionista e doutoranda em Nutrição/UFSC – já participantes do Grupo de Trabalho anteriormente; e, Camila Dutra, nutricionista dos restaurantes Família Tagliari; Ana Lúcia Corrêa e Tatiane Nascimento, nutricionistas dos restaurantes Hippo; Kelly Valgas, proprietária dos restaurantes Pimenta Malagueta; Fernando, chef de cozinha do restaurante Estação 261; Graziela Berté, nutricionista dos restaurantes Mirantes; Roseli Miranda, proprietária do restaurante O Nutri; Gisela, proprietária dos restaurantes Central; Alzira Horn, consumidora. A reunião foi iniciada com apresentação do problema de pesquisa (DCNT), local de desenvolvimento (Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos), esclarecimento dos principais conceitos envolvidos (coprodução de serviços públicos, promoção de saúde, classificação de restaurantes pelo mundo) e relato do que já havia sido desenvolvido (formação do Grupo de Trabalho, seleção dos critérios e pontuações).

Inicialmente, foi discutido se os estabelecimentos seriam somente certificados (tem ou não tem a certificação) ou também classificados (quando passíveis

de certificação, ainda classificados em três níveis de acordo com os critérios do roteiro). Decidiu-se por, inicialmente, somente certificar, para que os restaurantes e clientes tenham tempo de se adaptar melhor à mudança e, no próximo ciclo de vistorias, após um ano, sejam então (re)certificados e também classificados. Durante o encontro, foi citado que o projeto possivelmente teria sucesso já que, de acordo com proprietária de restaurantes, a Vigilância Sanitária municipal de Florianópolis é uma “instituição respeitada” e teria credibilidade junto aos clientes. Outro participante, porém, questionou a capacidade de recursos humanos e organização da Vigilância Sanitária municipal para fiscalizar os restaurantes. Foi esclarecido pela pesquisadora e o fiscal de vigilância em saúde presente na reunião que, a partir da implementação, o atendimento de solicitações de vistorias para certificação e denúncias sobre o tema serão dados como preferenciais, já que é prioridade da Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos trabalhar com essa temática e, além disso, o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária municipal atual está sendo reconstruído para atender às necessidades do projeto e melhorar a interface com cidadãos e estabelecimentos regulados. Também foi sugerido por um dos participantes que o roteiro desenvolvido esteja disponível para consulta dos gestores de restaurantes e cidadãos, a partir da implementação do projeto. Após, foi explicada a temática principal do encontro: a escolha do símbolo da certificação e classificação dos estabelecimentos. Os participantes foram indicados, dias antes, a trazerem para o encontro uma ideia de figura ou desenho que, para eles, representasse saúde. Nesse momento, foi explicado que a figura ou desenho serviria para ajudar a desenvolver um símbolo para a certificação e

classificação. Foram propostos alguns símbolos, que foram desenhados no quadro. Definiu-se escolher um símbolo-chave, em tamanho maior e, no momento da classificação, outros em tamanho menor, que aparecerão próximos ao símbolo maior. Foi sugerido e aceito pelo grupo que fossem desenhados três símbolos-chave (prato com refeição equilibrada, pirâmide alimentar e árvore) e dois pequenos para classificação (estrela e sinal de visto), por equipe profissional, a serem enviados por e-mail para os participantes da reunião, para que esses votassem em seu símbolo preferido.

Apesar de este ter sido o último encontro realizado dentro da pesquisa de mestrado, foi acordado que, após a conclusão do curso de mestrado, antes da implementação da certificação e da classificação, os gestores de restaurantes seriam novamente chamados para, em conjunto com os gestores da vigilância municipal e fiscais, elaborarem o projeto de legislação que regulará o serviço. Além disso, a divulgação do projeto e adesão de novos parceiros foram citadas como atividades a serem realizadas em parceria. Ao final do último encontro, os participantes representando gestores de restaurantes e consumidora preencheram folha com questionamentos para avaliação da reunião.

A pesquisadora entrou em contato com a Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde para verificar a possibilidade de um profissional da Prefeitura de Florianópolis elaborar os símbolos sugeridos pelos participantes do Grupo de Trabalho. A solicitação foi atendida e, alguns dias depois, o designer João Guilherme de Oliveira encaminhou onze propostas de símbolos a partir das informações repassadas pela pesquisadora, com base no que foi debatido na última reunião com os atores convidados.

Essas propostas foram encaminhadas por e-mail para os onze participantes do último encontro do Grupo de Trabalho e para a nutricionista que havia acompanhado todos os encontros anteriores. Foi solicitado que os participantes dessem suas opiniões de forma livre, e, caso achassem necessário poderia ser agendada reunião presencial. Obteve-se retorno de nove dos doze participantes consultados, que declararam suas preferências sobre o símbolo, mas em nenhum momento sugeriram outra reunião presencial.

O designer foi novamente consultado pela Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde e foram enviados mais símbolos de acordo com as sugestões. Estes foram encaminhados novamente para votação por e-mail. Foram obtidos onze retornos dentre as quatorze pessoas consultadas e, por maioria simples de votos, foi eleito o símbolo da certificação e classificação de restaurantes (Apêndice 2).

Enquanto da votação do símbolo, também foram encaminhadas perguntas de avaliação de todo o processo para os oito participantes que compareceram a mais de um encontro do Grupo de Trabalho. Foram obtidos seis retornos após contato também por telefone para solicitar que respondessem em prazo determinado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de unir servidores públicos, técnicos, cidadãos e representações de segmentos organizados em torno de um objetivo não pode ser nada menos que complexo. Ao final, porém, sente-se muito mais segurança com o resultado, afinal uma construção conjunta com os principais interessados parece ter muito mais chances de ser bem-sucedida.

As dificuldades ocorreram ao longo de todo o processo, iniciando com a negativa de participação de dois dos fiscais convidados inicialmente e depois um terceiro, que não acreditavam que poderiam contribuir com o trabalho naquele momento. Além disso, a falta de participação dos gestores (Gerente de Vigilância Sanitária e Coordenadora de Fiscalização Sanitária de Alimentos) nos encontros, demonstra que o trabalho não chegou a ser uma das prioridades da organização, conforme previsto inicialmente. Outros fatores, como a falta de tempo na rotina atual da maioria das pessoas, agravada pela dificuldade de trafegar entre um lugar e outro em determinados horários, possivelmente tenham influenciado na diminuição do número de participantes ao longo dos encontros, com exceção do último, onde novos participantes foram convidados. Uma das participantes assíduas escreveu em sua avaliação que o motivo pode ter sido, também, a demora entre um e outro encontro.

As faltas das representações dos restaurantes (associação e sindicato) foram marcantes. Apesar da grande insistência e da importância do projeto para os estabelecimentos que essas representam, elas não se fizeram presentes em nenhum momento. Talvez por desacreditar que o projeto fosse levado adiante, ou, no caso da associação que justificou ausência, falta de

representantes e de agenda. A confirmação de presença, porém, adiou o encontro entre fiscais e técnicos e os restaurantes, que ocorreu somente no último encontro. Os gestores de restaurantes já poderiam ter sido chamados diretamente a participar antes e poderiam ter contribuído mais com o trabalho.

Acredita-se, porém, que chamá-los inicialmente, antes de um delineamento mais técnico dos critérios, não seria mesmo interessante, visto que a discussão só entre os técnicos já levou 4 encontros. Nesse caso aumentar ainda mais número de encontros poderia levar a uma desistência nas participações, com base no comportamento dos técnicos convidados.

Esse foi o mesmo motivo da escolha em dar continuidade à discussão sobre os símbolos por e-mail. Foi perceptível que estar presente no encontro para o qual foram convidados não foi algo simples para os gestores de restaurantes. A ideia de um próximo encontro não foi tão bem aceita quanto a da continuidade por e-mail e, nesse caso, foi mesmo obtido um retorno satisfatório das opiniões, mesmo sem encontro presencial.

Os consumidores, praticamente ausentes no trabalho, não demonstraram interesse em participar, apesar do tema de alimentação saudável estar popularizado e da oferta de sorteio de brindes. Mesmo a representação de cidadãos, o COMSEAS, não conseguiu organizar-se para que algum dos representantes pudesse vir. Outra abordagem talvez deva ser utilizada para que os consumidores participem do processo.

Já a participação dos fiscais e técnicos foi satisfatória. Apesar de alguns terem comparecido a somente dois dos sete encontros, alguns outros compareceram a praticamente todos e interessaram-se em trazer outros estudos acerca do tema e diversas

outras contribuições. Uma das fiscais e uma das técnicas deixaram de participar, a princípio, por terem entrado em licença maternidade. A inclusão delas no grupo foi importantíssima nas contribuições iniciais e devem voltar a colaborar nos próximos passos. Nesse caso, acredita-se que a identificação com o tema e o entendimento de sua importância para a situação epidemiológica da população do município de Florianópolis, fizeram com que as participações fossem frequentes e regulares. Durante os encontros houveram algumas divergências de opinião entre técnicos e entre técnicos e fiscais, que foram tranquilamente discutidas e consensuadas entre os participantes. Outro ponto a ser destacado foi o teste do instrumento, realizado em diversas regiões da cidade, antes da finalização dos critérios, que trouxe importantes impressões para a discussão, mais confiança para a tomada de decisão e, indiretamente, fez com que todos os fiscais que atuavam na Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos e os restaurantes inspecionados participassem do Grupo de Trabalho. Demonstrou que, apesar de alguns fiscais não terem aceitado participar das reuniões do Grupo de Trabalho, aceitaram de pronto realizar o teste prático sem grandes alterações de suas rotinas diárias de trabalho. Além disso, foi possível verificar que os restaurantes, em geral, independente de sua localização ou público que atingem (com diferentes faixas de renda), tem potencial para serem certificados e classificados.

Realizou-se avaliação do Grupo de Trabalho para Classificação de Restaurantes pelos participantes que compareceram a dois ou mais encontros (Apêndice 3). Quanto a participações anteriores em algum processo de deliberação em serviços públicos em conjunto com a sociedade civil e/ou servidores públicos, a maior parte dos respondentes declarou nunca ter participado.

Somente os dois fiscais de vigilância em saúde e nutricionistas relataram que participaram de projetos com algum envolvimento da sociedade civil e Estado em outros momentos da vida profissional, como Conselhos de Saúde e discussão de instrumento de qualidade higiênico sanitária.

Os respondentes destacaram como pontos fortes no processo desenvolvido para produção do roteiro de certificação e classificação dos restaurantes: o formato das reuniões; a própria elaboração do roteiro, que, segundo os respondentes, teve os itens muito bem elaborados e deverá ser útil para a população em geral, órgãos de fiscalização e os próprios gestores dos restaurantes; a reunião de profissionais nutricionistas e profissionais de fiscalização sendo pontos-chave para a discussão do roteiro, esses com perfis e áreas de trabalho diversificadas, que enriqueceram as discussões com visões complementares e agregaram os conhecimentos da academia com o serviço público, além de evitar vícios que poderiam ocorrer se o trabalho fosse desenvolvido de modo unidisciplinar; o trabalho ser desenvolvido por uma profissional nutricionista e integrante do serviço de fiscalização e a capacidade de foco nos objetivos da mediação das reuniões, havendo objetividade e produtividade; ter havido tempo entre um encontro e outro, utilizado para amadurecer algumas ideias e rever alguns entendimentos, possibilitando um resultado mais maduro do roteiro; a possibilidade de alterar o roteiro após a aplicação prática em restaurantes; o envolvimento de representantes dos restaurantes, que tornou o processo de construção conjunto mais interessante e com maiores possibilidades de adesão.

Já como fragilidades e dificuldades no processo, os participantes relataram: a dificuldade de agenda, que

em certos momentos impossibilitou a participação de alguns e que, em alguns encontros, fez com que estivessem presentes menos participantes que o esperado para um processo como esse; a falta das representações dos restaurantes e a dificuldade de acesso a esses que deveriam ser grandes interessados; conciliar a prática com a teoria para que o roteiro não se tornasse distante demais da realidade e difícil de ser aplicado; as controvérsias que podem gerar, mesmo entre especialistas, a ampla quantidade de informações e estudos recentes sobre alimentação e nutrição e a dinâmica acelerada do fluxo de informações nessa área; e, a quase ausência de participação dos consumidores, para compreender como receberiam a informação e se saberiam utilizá-la da maneira esperada.

Sobre recomendações para futuras iniciativas similares, como construção colaborativa de instrumentos de avaliação e fiscalização, os participantes ressaltaram que o processo, da maneira que foi conduzido, foi adequado. Para amenizar o problema de comprometimento de especialistas e também a participação de atores como as representações de gestores dos estabelecimentos regulados e cidadãos, foi sugerido melhorar a articulação e realizar o processo mais rapidamente, visando diminuir a falta de comprometimento. Além disso, foi sugerida uma busca ainda mais aprofundada de modelos já desenvolvidos sobre o que se deseja avaliar.

Ao final do último encontro, os participantes representando gestores de restaurantes e consumidora também responderam avaliação sobre aquele encontro, com duas perguntas: “Qual sua opinião sobre a classificação de restaurantes de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos servidos?” e “Como você avalia a prática que acabamos de realizar e quais sugestões

para outras atividades como essa?”. A participante representando os consumidores citou que “a ideia é muito interessante para o cliente, pois já saberão o que vão encontrar dependendo da classificação do restaurante”. Os representantes de gestores de restaurantes relataram que a proposta deve “agregar valor aos restaurantes que aderirem”; “possibilitar ao consumidor opções de alimentação mais saudável nas refeições fora de casa”; “incentivar os restaurantes a oferecer refeições mais equilibradas”; “será uma forma de destacar meu estabelecimento perante os muitos outros”, foi avaliada como positiva a solicitação de trazer um símbolo que represente saúde para a reunião, inspirando a escolha do símbolo; foi citado que é “muito importante contribuir para um trabalho como esse” e que todos puderam ficar à vontade para dialogar. Dentre as sugestões, foram mencionadas: limitar o tempo do encontro em 60 a 90 minutos, mas, outro participante mencionou que o tempo deveria ser maior e; chamar os restaurantes, em momento oportuno, para contribuírem com os critérios para a certificação/classificação.

Durante a pesquisa de mestrado foram respondidas todas as perguntas iniciais, constantes no capítulo 6: a certificação será inicialmente um serviço opcional, oferecido pela Gerência de Vigilância Sanitária, mas que tende a tornar-se obrigatório em longo prazo; não será atrelada à emissão do Alvará Sanitário (exatamente por não ser obrigatória); atenderá a critérios de qualidade nutricional dos alimentos servidos pelo estabelecimento; num primeiro momento os restaurantes que cumprirem critérios essenciais serão certificados e, num segundo momento, serão verificados outros critérios aos quais se atribuiu pontuação, para classificação em diferentes níveis de qualidade nutricional. A certificação terá um símbolo de talheres e prato com folhas verdes e

a classificação será simbolizada por estrelas, conforme Figura 6, e também apresentado no Apêndice 2. A periodicidade das vistorias para mudança de classificação será a cada ano, inicialmente, porém podem dar-se a qualquer momento para verificação do cumprimento dos itens e para atendimento de denúncias relativas ao tema.

Figura 6 – Símbolo da Certificação e Classificação de Restaurantes em Qualidade Nutricional



O Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes encontra-se detalhado no Apêndice 4. Ele tem seus critérios divididos em cinco áreas, de acordo com os momentos da inspeção, totalizando 43 critérios, desses 14 são indispensáveis, 25 possuem pontuação positiva atribuída e quatro possuem

pontuação negativa atribuída. Os restaurantes poderão ser certificados ao cumprirem os itens indispensáveis e classificados em três, quatro ou cinco estrelas dependendo da pontuação obtida. Além desses critérios, o Roteiro traz as definições de vários termos utilizados para descrever os critérios e as justificativas técnicas para cada item.

O próximo passo, após a pesquisa de mestrado, será a elaboração do projeto de legislação para que a certificação possa ser regulamentada e implementada no município de Florianópolis. Todos os que participaram, em algum momento, do Grupo de Trabalho, serão convidados a colaborar e participar da tomada de decisão na elaboração do projeto, assim como os fiscais que atuam na Coordenação de Fiscalização Sanitária de alimentos. Os fiscais também serão novamente sensibilizados e treinados para atuarem realizando as inspeções. Além disso, será feita a divulgação do projeto para toda a população do município, através do site da Prefeitura Municipal de Florianópolis, panfletos de divulgação distribuídos nos próprios restaurantes participantes e divulgação do trabalho na mídia impressa e televisiva, estratégias a serem coproduzidas com os estabelecimentos atingidos, técnicos que realizarão a certificação e técnicos especialistas. Alguns desafios serão provavelmente enfrentados nessa fase, como os desafios políticos, já que a finalização do projeto ocorrerá em um novo ciclo de gestão; desafios orçamentários; desafios na legitimidade do projeto, que, se não for bem divulgado e entendido pela população, pode não ter aceitação e não ser utilizado, deixando de cumprir sua função de ajudar na escolha por alimentos mais saudáveis.

As outras coordenações de fiscalização da Gerência de Vigilância Sanitária, assim como outros

setores, gerências e diretorias da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Florianópolis poderão aproveitar-se dos conhecimentos obtidos nesse projeto piloto e iniciar outros trabalhos de coprodução do planejamento de ações de fiscalização e de fiscalização em si, em conjunto com os maiores interessados: os estabelecimentos e profissionais que são regulados, os consumidores desses produtos e serviços e a população de Florianópolis como um todo. Ainda, outras organizações que trabalham a fiscalização de alimentos e queiram utilizar-se da experiência para criar seus próprios roteiros poderão ser beneficiadas com o trabalho.

Em síntese, os conhecimentos adquiridos com o trabalho passaram por aprendizagens em pesquisa e gestão de grupos de construção colaborativa, como: a importância de contatos prévios (pessoalmente e/ou por telefone) e sensibilização dos participantes para determinada causa, principalmente quando se trata de participantes sem conhecimentos técnicos do assunto (o caso dos consumidores); a dificuldade de conseguir que representações de certos grupos da população organizem-se para participar do trabalho (no caso dos restaurantes e dos consumidores) podendo ser mais bem-sucedido o contato direto com as pessoas; a necessidade de adaptar os horários e dias dos encontros àqueles que sejam mais adequados aos participantes e tentar reduzir ao máximo o tempo “gasto” dos participantes com o trabalho; para decisões e respostas pontuais, após a sensibilização dos participantes, o contato por email foi bem-sucedido e até preferido, pelos participantes, do que mais encontros presenciais.

A metodologia de *design science* para resolução de problemas foi adequada às necessidades da organização e da pesquisa, proporcionando bases

teóricas para a escolha da proposta e afinando-se bem com o modelo de coprodução do *design* de serviços públicos.

Embora diversos autores considerem que a coprodução ocorre somente na realização dos serviços – excluindo estágios de planejamento e avaliação, na presente pesquisa, foi considerada a abordagem de coprodução que inclui esses outros estágios, já que, durante a pesquisa, ocorreu o *design* de um serviço a ser aplicado e avaliado posteriormente. No estágio de implementação, por se tratar de um serviço de fiscalização, os principais atores ainda serão os fiscais (servidores públicos), mas, sem o envolvimento de “fiscais” cidadãos, para fazerem denúncias e observarem o cumprimento das normas pelos restaurantes certificados, o trabalho dos servidores públicos fica limitado.

Essa abordagem, de coprodução de serviços públicos, conecta-se bem com a abordagem da promoção de saúde, ambas utilizadas como bases teóricas para o desenvolvimento do trabalho. A Certificação e Classificação de Restaurantes trará informações sobre a qualidade nutricional dos alimentos servidos nos estabelecimentos participantes de maneira simples e clara, capacitando a população para realizar suas próprias escolhas.

A Carta de Ottawa preconiza, ainda, campos de ação para promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde, sendo a promoção da saúde uma ação que não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde.

A presente pesquisa tratou, então, de alguns desses campos de ação, contribuindo para: a criação de ambientes saudáveis, melhorando a qualidade da alimentação a que a população tem acesso; a construção de um serviço público por diferentes grupos da comunidade (técnicos de fiscalização, especialistas em nutrição e gestores de restaurantes); a habilidade dos consumidores em geral para escolherem o local em que irão alimentar-se; a reorientação dos serviços de fiscalização sanitária, movendo-os de uma abordagem preventivista e focada em agravos agudos para a promoção de ambientes saudáveis e enfrentamento das DCNT e; a responsabilização de empresas de fora do setor saúde e setor público (restaurantes) pela promoção da saúde de seus clientes.

7 CONCLUSÃO

A população de Florianópolis tem seguido a tendência mundial de países desenvolvidos e encontra-se com altos percentuais de casos de sobrepeso e obesidade, fatores de risco para várias DCNT (BRASIL, 2015). Um dos principais motivos para essa epidemia são os hábitos alimentares dos munícipes, influenciados pela rotina moderna estressante, com poucos minutos para destinar à alimentação, dificuldade de realizar refeições em casa e inúmeros anúncios induzindo o consumo de alimentos nutricionalmente pobres.

A vigilância sanitária historicamente trabalha numa ótica fiscalizatória-repressora, dando enorme importância para a qualidade higiênica dos alimentos, na fiscalização destes e pouca importância para sua qualidade nutricional. O município de Florianópolis lida com poucos casos de toxiinfecções alimentares anualmente, média menor que um caso por mês, atingindo, normalmente, poucas pessoas. O número de habitantes com sobrepeso, obesidade ou que já desenvolveu algum tipo de DCNT, está nos milhares. Acredita-se que políticas que trabalham o ambiente em que as pessoas vivem, e não somente suas escolhas individuais, tem maiores chances de modificar hábitos.

Os objetivos da pesquisa foram: descrever a situação das DCNT; o contexto da vigilância sanitária, promoção de saúde e vigilância em saúde; evidenciar o estado da arte acerca da coprodução de serviços públicos; descrever algumas práticas de promoção de saúde e de coprodução; propor uma metodologia de trabalho para a vigilância sanitária de Florianópolis utilizando os conceitos acima para enfrentamento das DCNT; formar grupo de trabalho para desenvolver a proposta; e coproduzir, por meio deste grupo, o

instrumento para a certificação e classificação de restaurantes de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos servidos.

Foi discutida a abordagem da coprodução de serviços públicos, apresentando-se seu histórico, contexto atual de produções científicas, conceito, classificações, motivações, papéis dos principais atores do processo, vantagens e barreiras, entendendo-se que esta é uma abordagem que pode melhorar a qualidade, eficiência e legitimidade dos serviços públicos, podendo ser aplicada do planejamento à entrega do serviço.

A revisão sobre o contexto da organização resgatou a história da vigilância sanitária no mundo desde o início das civilizações, lidando com problemas de saúde pública; passando pela vinda da família real para o Brasil colônia, aumentando a necessidade de vigilância nos portos; a criação do Ministério da Saúde, ANVISA, vigilâncias sanitárias estaduais e a descentralização dos serviços para os municípios, detalhando a criação da vigilância sanitária municipal de Florianópolis; até o contexto atual da organização.

Além disso, o histórico e conceito de promoção da saúde foram apresentados, a partir das concepções surgidas na Conferência de Ottawa, em 1986, até os dias atuais, de necessidade de ação em problemas complexos como as DCNT. Para esse tipo de abordagem, foi apresentada a proposta da vigilância em saúde, que abarca os saberes da vigilância epidemiológica, sanitária e da promoção de saúde para construção de ambientes saudáveis em articulação com outros atores, externos ao setor saúde e até mesmo ao setor público.

Foram abordados, também, exemplos da classificação de restaurantes em outras cidades do mundo e o contexto da alimentação fora de casa no

Brasil, hábitos dos consumidores e suas influências na saúde da população.

A metodologia seguiu a abordagem da *design science*, tipo de pesquisa que visa o estudo de problemas, mas também propostas de soluções. Foram apresentados e discutidos os resultados do grupo de trabalho para certificação e classificação de restaurantes, assim como a avaliação dos participantes do mesmo.

O trabalho foi limitado em não sistematizar randomicamente os convites às organizações, representações e cidadãos, podendo gerar um viés nas opiniões, de acordo com características particulares. Além de não testar outras abordagens, além do convite, para atrair consumidores para a construção coletiva do trabalho.

Sugere-se que futuros trabalhos acerca da construção de instrumentos de fiscalização e/ou certificação de estabelecimentos realizem teste prático durante a elaboração dos mesmos, o que garante mais confiança no momento da escolha dos critérios. E, trabalhos quaisquer que envolvam a coprodução de serviços públicos no planejamento de ações, que estejam preparados para utilizar diversas formas de abordagem para atrair os atores-chave para a discussão. Além disso, sugere-se que futuras pesquisas em coprodução elaborem o mapeamento da produção sobre o tema no Brasil e das experiências nacionais em coprodução de serviços públicos.

A vigilância sanitária do município de Florianópolis lidará agora com o desafio de regulamentar e implementar a certificação dos estabelecimentos, além de divulgá-la para a população em geral, de forma que entendam o que representa na qualidade dos alimentos que vai ingerir e na sua saúde, o restaurante exibir a Certificação e Classificação em Qualidade Nutricional.

REFERÊNCIAS

ALBRECHTS, L. Reframing strategic spatial planning by using a coproduction perspective. **Planning Theory**, v.12, n.1, p.46-63, 2013.

ALFORD, J. A public management road less travelled: Clients as co-producers of public services. **Australian Journal of Public Administration**, v.57, n.4, p.128-137, 1998.

ALFORD, J.; YATES, S. Co-Production of Public Services in Australia: The Roles of Government Organisations and Co-Producers. **Australian Journal of Public Administration**, v.75, n.2, p.159-175, 2015.

ALMANZA, B.A.; ISMAIL, J.; MILLS, J.E. The impact of publishing foodservice inspection scores. **Journal of Foodservice Business Research**, v.5, n.4, p.45-62, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. **O conceito de saúde e a Vigilância Sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde.** I Seminário Temático Permanente da ANVISA. Brasília, 2000.

ANS, V.G.; MATTOS, E.S.; JORGE, N. Avaliação da qualidade dos óleos de fritura usados em restaurantes, lanchonetes e similares. *Ciência, Tecnologia e Alimentação*, v.19, p.413-419, 1999. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/28106>. Acesso em: 12 jan. 2016.

ANSTISS, T. Motivational interviewing in primary care. **Journal of clinical psychology in medical settings**, v.16, n.1, p.87-93, 2009.

ARNSTEIN, S.R. Uma escada da participação cidadã. **Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação–PARTICIPE**, Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, v.2, n.2, p.4-13, 2002.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da Saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.04, p.2215-2228, 2010.

AZEVEDO, C.E.C.; DINIZ, A.S.; MONTEIRO, J.S.; CABRAL, P.C. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal–uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, 2014.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas Intersetoriais nas políticas públicas de promoção da saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1333-1356, 2012.

BATALDEN, M.; BATALDEN, P.; MARGOLIS, P.; SEID, M.; ARMSTRONG, G.; OPIARI-ARRIGAN, L.; HARTUNG, H. Coproduction of healthcare service. **BMJ quality & safety**, p.1-9, 2015. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/16/bmjqs-2015-004315.full>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BEN-SHAHAR, O.; SCHNEIDER C.E. The Failure Of Mandated Disclosure. **University of Pennsylvania Law Review**, v.159, n.3, p.647-749, 2011

BIER, C.A.; FEUERSCHÜTTE, S.G.; SCHMITZ, L.C.; BOUSFIELD, R.; SIMM, T.A.; PENA, F.T.G. Sociedade, empresa e governo: uma experiência de implementação de um novo paradigma de democracia participativa. **Cadernos EBAPE**, v.8, n.4, p.580-599, 2010.

BIFULCO, R.; LADD, H.F. Institutional change and coproduction of public services: The effect of charter schools on parental involvement. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v.16, n.4, p.553-576, 2006.

BIRCHALL, J.; SIMMONS, R. **User power: The participation of users in public services**. 2004.

BOOTH, S.L; SALLIS, J.F.; RITENBAUGH, C.; HILL, J.O.; BIRCH, L.L.; FRANK, L.D.; GLANZ, K.; HIMMELGREEN, D.A.; MUDD, M.; POPKIN, B.M.; RICKARD, K.A.; JEOR, S.S.; HAYS, N.P. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. **Nutrition reviews**, v.59, n.3, p.21-36, 2001.

BOVAIRD, T. Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. **Public Administration Review**, v.67, n.5, p.846-860, 2007.

BOVAIRD, T.; VAN RYZIN, G.G.; LOEFFLER, E.; PARRADO, S. Activating citizens to participate in collective co-production of public services. **Journal of Social Policy**, v.44, n.01, p.1-23, 2015a. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/activating-citizens-to-participate-in-collective-co-production-of-public->

services/AC4F410236EC6889C781964F23D1C399.

Acesso em: 16 mar. 2016.

BOVAIRD, T.; STOKER, G.; JONES, T.; LOEFFLER, E.; RONCANCIO, M.P. Activating collective co-production of public services: influencing citizens to participate in complex governance mechanisms in the UK. **International Review of Administrative Sciences**, v.82, n.1, p.47-68, 2015b. Disponível em: <http://ras.sagepub.com/content/early/2015/06/05/0020852314566009.abstract>. Acesso em 18 abr. 2016.

BOVAIRD, T.; LOEFFLER, E. From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v.23, n.4, p.1119-1138, 2012.

BOYLE, D.; HARRIS, M. The challenge of co-production. **London: New Economics Foundation**, 2009.

BRANDSEN, T.; HELDERMAN, J.-K. The trade-off between capital and community: The conditions for successful co-production in housing. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v.23, n.4, p.1139-1155, 2012. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11266-012-9310-0>. Acesso em: 20 mai. 2016.

BRANDSEN, T.; HONINGH, M. Distinguishing Different Types of Coproduction: A Conceptual Analysis Based on the Classical Definitions. **Public Administration Review**, v.76, n.3, p.427-435, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA), **Agência**, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/agencia>. Acesso em: 22 jan. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA), **Categorização dos Serviços de Alimentação**, 2016. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/hotsite_categorizacao/index.html. Acesso em: 22 jun. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA), **Guia de Boas Práticas Nutricionais – Restaurantes Coletivos**. Brasília, 2014.

BRASIL. **Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação** (FNDE), 2012b. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar>. Acesso em: 11 fev. 2015.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adultos e Adolescentes. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional** (LOSAN). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006a. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm. Acesso em: 21 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Interministerial 1010 de 08 de maio de 2006b**. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>. Acesso em: 11 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 07 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde. **Série Pactos pela Saúde**, Brasília, v. 13, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: MS, 2012a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
Acesso em: 27 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª Ed. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**, Brasília, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRUDNEY, J.L.; ENGLAND, R.E. Toward a Definition of the Coproduction Concept. **Public Administration Review**, p.59-65, 1983.

BURLANDY, L.; BOCCA, C.; MATTOS, R.A. Mediações entre conceitos, conhecimento e políticas de alimentação, nutrição e segurança alimentar e nutricional. **Revista de Nutrição**, v.25, n.1, p.9-20, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=625197&indexSearch=ID>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BURTON, S.; CREYER, E.H.; KEES, J.; HUGGINS, K. Attacking the Obesity Epidemic: The Potential Health Benefits of Providing Nutrition Information in Restaurants. **American Journal of Public Health**, v.96, n.9, p.1669-1675, 2006.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.)

Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.2305-2316, 2009.

CARVALHO, A.I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis—Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.104-121, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0104.pdf>. Acesso em 24 jun. 2016.

CARVALHO, M.S. Informação: da produção à utilização. In. ROZENFELD, S.(org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** 6ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

CASSADY, D.; HOUSEMANN, R.; DAGHER, C. Measuring cues for healthy choices on restaurant menus: development and testing of a measurement instrument. **American Journal of Health Promotion**, v.18, n.6, p.444-449, 2004. Disponível em: <http://ahp.sagepub.com/content/18/6/444.short>. Acesso em: 26 jan. 2016.

CEF (Caixa Econômica Federal). **Bolsa Família**, 2016. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/programas->

sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx. Acesso em: 22 jun. 2016.

CHIARELLA, M.; SALVAGE, J.; MCINNES, E. Celebrating connecting with Communities: coproduction in global Primary Health Care. **Primary Health Care Research & Development**, v.11, n.02, p.108-122, 2010.

CLARK, B.Y.; BRUDNEY, J.L.; JANG, S.G. Coproduction of government services and the new information technology: Investigating the distributional biases. **Public Administration Review**, v.73, n.5, p.687-701, 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/puar.12092/full>. Acesso em: 26 fev. 2016.

COLE, R.L.; CAPUTO, D.A. The public hearing as an effective citizen participation mechanism: a case study of the general revenue sharing program. **American Political Science Review**, v.78, n.02, p.404-416, 1984.

COOPER, T. Power to People? Co-Production and Cameron's Big Society. **Harvard Kennedy School Review**, v.11, p.118-123, 2011.

COSTA, E.A. Conceitos e área de abrangência. In. ROZENFELD, S.(org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. 6ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

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

COSTA, E.A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In. ROZENFELD, S.(org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. 6ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

COTTERCHIO, M.; GUNN, J.; COFFIL, T.; TORMEY, P.; BARRY, M.A. Effect of a manager training program on sanitary conditions in restaurants. **Public Health Reports**, v.113, n.4, p.353, 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308396/>. Acesso em: 28 mar. 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2003.

DA ROSA, M.; PADULA, M.L. **Diagnóstico das condições higiênico-sanitárias dos serviços de alimentação pela ação da Vigilância Sanitária do município de Criciúma-SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Tecnologia de Alimentos) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2013.

DALLARI, S.G. Organização jurídica da administração pública em saúde. In. ROZENFELD, S.(org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. 6ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

DE MATTIA, C.; ZAPPELLINI, M.B. Ética e coprodução de serviços públicos: uma fundamentação a partir de Habermas. **Cadernos EBAPE. BR**, v.12, n.3, p.573, 2014. Disponível em: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcac/he/72cdcd49807749f7d664f4265fb809a0.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1473123536&Signature=3WkoJKU74RNeN7aeohqJNpl0ve0%3D>. Acesso em: 30 abr. 2016.

DE WITTE, K.; GEYS, B. Citizen coproduction and efficient public good provision: Theory and evidence from

local public libraries. **European Journal of Operational Research**, v.224, n.3, p.592-602, 2013.

DENHARDT, J.V.; DENHARDT, R.B. **The New Public Service – Serving, not Steering**. 3. ed. Amok: M.E. Sharp, 2011.

DOIN, G.A.; et al. Mobilização social e coprodução do controle: o que sinalizam os processos de construção da Lei da Ficha Limpa e da Rede Observatório Social do Brasil de Controle Social. **Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração-FEA**. v.27, n.2, 2012.

DRAPER, R. **Perspectives on Health Promotion: a discussion paper**. Ottawa: CPHA, 1995.

DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P.A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v.46, p.126-134, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/94848>. Acesso em: 02 mai. 2016.

DUNSTON, R.; LEE, A.; BOUD, D.; BRODIE, P.; CHIARELLA, M. Co-Production and Health System Reform – From Re-Imagining To Re-Making. **Australian Journal of Public Administration**, v.68, n.1, p.39–52, 2009.

DUNT, D.; NEIL, D.; PIRKIS, J. Evaluation of a community-based health promotion program supporting public policy initiatives for healthy diet. **Health Promotion International**, v.14, n.04, p.317-327, 1999.

EBONE M.V., CAVALLI S.B., LOPES S.J. Segurança e qualidade higiênico-sanitária em unidades produtoras de refeições comerciais. **Revista de Nutrição**, v.24, n.5, p.725-734, 2011.

EPP, J. Achieving health for all: A framework for health promotion. **Health Promotion**, v.01, n.04, p.419-428, 1987.

FARMER, J.; CURRIE, M.; KENNY, A.; MUNOZ, S.A. An exploration of the longer-term impacts of community participation in rural health services design. **Social Science & Medicine**, v.141, p.64-71, 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361530037X>. Acesso em: 04 jun. 2016.

FERRAZ, A.P.C.R.; et al. Valores nutricionais e qualitativos de carnes bovinas (*Longissimus thoracis*) provenientes de sistemas de produção orgânica e convencional. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v.10, n.1, p.61-75, 2015.

FIELDING, J.E.; AGUIRRE, A.; PALAIOLOGOS, E. Effectiveness of Altered Incentives in a Food Safety Inspection Program. **Preventive Medicine**, v.32, p.239-244, 2001.

FLEDDERUS, J. Does user co-production of public service delivery increase satisfaction and trust? Evidence from a vignette experiment. **International Journal of Public Administration**, v.38, n.9, p.642-653, 2015. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01900692.2014.952825>. Acesso em: 08 jan. 2016.

FLEDDERUS, J.; BRANDSEN, T.; HONINGH, M.E. User co-production of public service delivery: An uncertainty approach. **Public Policy and Administration**, v.30, n.2, p.145-164, 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, supl 2, p.2115-22, 2008.

FLORIANÓPOLIS, **Vigilância Sanitária e Ambiental**, 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=vigilancia+sanitaria+e+ambiental&menu=9>, Acesso em 28 ago 2015.

FOLJANTY-JOST, G. Bringing the Citizen Back In: Democratic Dimensions of Local Reforms in Germany and Japan. **East Asia**, v.28, n.4, p. 313-328, 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12140-011-9157-9>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2003.

FRENCH, S.A.; STORY, M.; JEFFERY, R.W. Environmental influences on eating and physical activity. **Annual review of public health**, v.22, n.1, p.309-335, 2001.

FRIELING, M.A.; LINDENBERG, S.M.; STOKMAN, F.N. Collaborative Communities Through Coproduction Two

Case Studies. **The American Review of Public Administration**, v.44, n.1, p.35-58, 2014. Disponível em: <http://arp.sagepub.com/content/44/1/35.short>. Acesso em: 12 mar. 2016.

FSA (FOOD STANDARDS AGENCY) **Frequently asked questions about the food hygiene rating scheme**, 2015. Disponível em: <http://www.food.gov.uk/multimedia/hygiene-rating-schemes/ratings-find-out-more-en/fhrs>. Acesso em: 09 set. 2015.

FUNG, A. Varieties of participation in complex governance. **Public Administration Review**, v.66, n.s1, p.66-75, 2006.

FUNG, A.; GRAHAM, M.; WEIL, D. **Full disclosure: The perils and promise of transparency**. Cambridge University Press, 2007.

FURST, T.; CONNORS, M.; BISOGNI, C. A.; SOBAL, J.; FALK, L. W. Food choice: a conceptual model of the process. **Appetite**, v.26, n.3, p.247-266, 1996. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666396900197>. Acesso em: 14 abr. 2016.

GALLI, F.; BRUNORI, G.; DI IACOVO, F.; INNOCENTI, S. Co-producing sustainability: Involving parents and civil society in the governance of school meal services. A case Study from Pisa, Italy. **Sustainability**, v.6, n.4, p.1643-1666, 2014.

GARCIA, L.P. **Governança para emancipação: uma proposta para enfrentamento intersetorial de iniquidades**.

Dissertação (Mestrado em Administração), Udesc, Florianópolis, 2014.

GARCIA, R.W.D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr**, v.16, n.4, p.483-492, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=355311&indexSearch=ID>. Acesso em: 16 mai. 2016.

GERMANO, P.M.L.; GERMANO, M.I.S. **Higiene e vigilância sanitária de alimentos**. São Paulo: Manole, 2011.

GEURTS, J.L.A.; JOLDERSMA, C. Methodology for participatory policy analysis. **European Journal of Operational Research**, v.128, n.2, p.300-310, 2001.

GONÇALVES, G.A. O Combate à Obesidade pela Via Estatal: Infringência ao Direito a Não Ser Saudável?. **Revista da SJRJ**, v.21, n.41, p.123-147, 2014. Disponível em: http://www4.ifrj.ius.br/seer/index.php/revista_sjrj/article/viewFile/599/435. Acesso em: 18 jun. 2016.

GORGULHO, B.M.; POT, G.K.; SARTI, F.M.; MARCHIONI, D.M. Indices for the assessment of nutritional quality of meals: a systematic review. **The British journal of nutrition**, p.1-8, 2016

GOTTLIEB, M.G.V.; MORASSUTTI, A.L.; CRUZ, I. B. Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. **Sci Med**, v.21, n.2, p.69-80, 2011.

GOVINT (GOVERNANCE INTERNATIONAL) **Achieving citizen outcomes**, 2014. Disponível em: <http://www.govint.org/>. Acesso em: 11 fev. 2015.

GREGOR, S.; HEVNER, A.R. Positioning and presenting design science research for maximum impact. **MIS Quarterly**, v.37, n.2, p.337-355, 2013. Disponível em: <https://ai.arizona.edu/sites/ai/files/MIS611D/gregor-2013-positioning-presenting-design-science-research.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

HAWES, P.; NOORT, M.; KING, L.; JORDENS, C. Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. **Health policy**, v.39, n.1, p.29-42, 1997.

HENRIKSEN, L.S.; SMITH, S.R.; ZIMMER, A. Welfare Mix and Hybridity. Flexible Adjustments to Changed Environments. Introduction to the Special Issue. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v.26, n.5, p.1591-1600, 2015.

HONKA, A.; KAIPAINEN, K.; HIETALA, H.; SARANUMMI, N. Rethinking health: ICT-enabled services to empower people to manage their health. **Biomedical Engineering, IEEE Reviews in**, v.4, p.119-139, 2011. Disponível em: <http://ieeexplore.ieee.org/document/6065740/>. Acesso em: 22 fev. 2016.

HUBKA, V.; EDER, W.E. **Design Sciences: introduction to the needs, scope, and organization of engineering design knowledge**. 2 Rev. ed., Springer, London, 1996.

HYDE, P.; DAVIES, H.T.O. Service design, culture and performance: Collusion and co-production in healthcare. **Human Relations**, v.57, n.11, p.1407-1426, 2004.

JAKOBSEN, M. Can government initiatives increase citizen coproduction? Results of a randomized field experiment. **Journal of Public Administration Research and Theory**, p.27-54, 2012. Disponível em: <http://jpart.oxfordjournals.org/content/early/2012/09/26/jopart.mus036.short>. Acesso em: 24 mar. 2016.

JELINEK, M.; ROMME, A.G.L.; BOLAND, R.J. Introduction to the Special Issue Organization Studies as a Science for Design: Creating Collaborative Artifacts and Research. **Sage Publications**, v.29, n.03, p.317-329, 2008.

JINAP, S.; HAJEB, P. Glutamate. Its applications in food and contribution to health. **Appetite**, v.55, n.1, p.1-10, 2010

JOSHI, A.; MOORE, M. Institutionalised co-production: unorthodox public service delivery in challenging environments. **Journal of Development Studies**, v. 40, n. 4, p. 31-49, 2004. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00220380410001673184>. Acesso em: 26 abr. 2016.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F.G. Governança Pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública – RAP**, v.40, n.3, p.479-499, 2006.

KLEIN JR, V.H.; SALM, J. F.; HEIDEMANN, F. G.; MENEGASSO, M. E. Participação e coprodução em política habitacional: estudo de um programa de

construção de moradias em SC. **Revista de Administração Pública**, v.46, n.1, p.25-48, 2012.

LALONDE, M. **El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense**. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Promoción de la Salud: una antología. Washington: Opas, 1996.

LAM, W.F. Institutional design of public agencies and coproduction: a study of irrigation associations in Taiwan. **World development**, v.24, n.6, p.1039-1054, 1996.

LAM, W.F.; WANG, X. The Cognitive Foundation Of A Co-Production Approach to Performance Measurement: How Do Officials And Citizens Understand Government Performance In China?. **Public Administration and Development**, v.34, n.1, p.32-47, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pad.1669/full>. Acesso em: 28 mai. 2016.

LASSEN A.; THORSEN, A. V.; TROLLE, E.; ELSIG, M.; OVESEN, L. Successful strategies to increase the consumption of fruits and vegetables: results from the Danish '6 a day' Work-site Canteen Model Study. **Public Health Nutr.**, v.7, n.2, p.263-270, 2004.

LEHMANN, U.; GILSON,. Action learning for health system governance: the reward and challenge of co-production. **Health policy and planning**, p.1-7, 2014.

LESSA, I.; MENDONCA, G.A.S.; TEIXEIRA, M.T.B. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Boletim da Oficina Sanitária Panamericana**, v.120, n.5, p.389-413, 1996. Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/15472>.
Acesso em: 30 mai. 2016.

LEVY, B.S. Toward a holistic approach to public health surveillance. **American Journal of Public Health**, v.86, n.5, p.624-625, 1996.

LIGHT, J. Cooperation and compromise: coproduction and public service broadcasting. **Screen**, v.35, n.1, p.78-90, 1994.

LINDERS, D. We-Government: an anatomy of citizen coproduction in the information age. In: **Proceedings of the 12th Annual International Digital Government Research Conference: Digital Government Innovation in Challenging Times**, 2011

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogos com os Gestores Públicos e Privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.23, n.2, p.417-425, 2014. Disponível em:
http://scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf. Acesso em: 02 jun. 2016.

LUCCHESE, G. **Globalização e Regulação Sanitária. Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. Tese de conclusão de curso de doutorado (Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, 2001.

LUCENA, R. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v.20, n.66, p.1109-1120, 2015.

MACE, E. Public service and lower-class suburbs, a coproduction on crime: The Parisian Transit Authority's

bus network. **Sociologie Du Travail**, v.39, n.4, p.473-498, 1997.

MALTA, D.C.; GOSCH, C. S.; BUSS, P.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R.; FREITAS, P. C.; AKERMAN, M. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.11, p.4341-50, 2014. Disponível em: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/d9521e37e2e3b0ddf345815e8e7ccf6d.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1473124252&Signature=GPLdpeoanmn2EdFSSvrwMjXxKfO%3D> Acesso em: 04 jan. 2016.

MARCHI, O.S. **A municipalização das ações de vigilância sanitária no município de Florianópolis:**

Diagnóstico estratégico situacional voltado para a identificação e desdobramento do problema e delimitação de estratégias de solução. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade do Vale do Itajaí, Florianópolis, 2003.

MARSCHALL, M.J. Citizen participation and the neighborhood context: A new look at the coproduction of local public goods. **Political Research Quarterly**, v.57, n.2, p.231-244, 2004.

MARSTON, C.; HINTON, R.; KEAN, S.; BARAL, S.; AHUJA, A.; COSTELLO, A.; PORTELA, A. Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. **Bull World Health Organ**, v.94, n.5, p.376-382, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-168492.pdf?ua=1>. Acesso em 06 fev. 2016.

MÁSSIMO, E.A.L.; FREITAS, M.I.F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, p.651-663; 2014.

MCCRORY, M.A.; FUSS, P.J.; HAYS, N.P.; VINKEN, A.G.; GREENBERG, A.S.; ROBERTS, S.B. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. **Obesity research**, v.7, n.6, p.564-571, 1999.

MCKEOW, T.; RECORD, R.G.; TURNER, R.D. An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during 20th century. **Population Studies**, v.29, p.391-422, 1974.

MEDEIROS, L.; DALL'AGNOL, L.P.; BOTTON, S.A.; SMANIOTTO, H.; POTTER, R.; CAMPOS, M.M.A.; MATTOS, K.M.; LOPES, L.F.D.; SANGIONI, L.A. Qualidade higiênico-sanitária dos restaurantes cadastrados na Vigilância Sanitária de Santa Maria, RS, Brasil, no período de 2006 a 2010. **Ciência Rural**, v.43, n.1, p.81-86, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cr/2012nahead/a2413cr2012-0279.pdf>. Acesso em 08 mar. 2016.

MEIJER, A.J. Networked Coproduction of Public Services in Virtual Communities: From a Government-Centric to a Community Approach to Public Service Support. **Public Administration Review**, v.71, n.4, p.598-607, 2011.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.698- 709, 2004.

MONTEIRO, C.A.; CASTRO, R.R. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Cienc. Cult.** São Paulo, v.61, n.4, p.56-59, 2009. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000400020. Acesso em: 10 abr. 2016.

MORETTO NETO, L.; SALM, V.M.; BURIGO, V. A Coprodução dos Serviços Públicos: modelos e modos de gestão. **Revista de Ciências da Administração**, v.16, n.39, p.164-178, 2014.

NYC HEALTH (New York City Health Department). Restaurant Grading in New York City at 18 months, New York City, 2012. Disponível em <http://www.nyc.gov/html/doh/html/food/restaurant-inspection.shtml>. Acesso em 01 set 2015.

O'DWYER, G.; TAVARES, M.F.L.; DE SETA, M.H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.467-484, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300006&script=sci_abstract&tlng=eses. Acesso em: 12 mai. 2016.

OLIVEIRA, A.M.C.; DALLARI, S.G. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.3, p.617-624, 2011.

OLIVEIRA, R.C. DIAN – **Bufê: Disponibilização de Informações Alimentares e Nutricionais em Bufês**. Dissertação de conclusão de curso de mestrado (Nutrição) – UFSC, 2008.

OMS (Organização Mundial da Saúde) **Fact Sheets: Chronic Diseases**, 2015. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/factsheets/en/ Acesso em 04 fev. 2016.

OMS (Organização Mundial da Saúde) **Innovative care for chronic conditions**: building blocks for actions: global report. 2002.

OSBORNE, S.P. The New Public Governance? **Public Management Review**, v.8, n.3, p.377-387, 2006. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14719030600853022?journalCode=rpxm20>. Acesso em: 14 jun. 2016.

OSBORNE, S.P.; RADNOR, Z.; NASI, G. A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. **The American Review of Public Administration**, v.43, n.2, p.135-158, 2013.

OSBORNE, S.P.; RADNOR, Z.; STROKOSCH, K. Co-production and the co-creation of value in public services: a suitable case for treatment?. **Public Management Review**, v.18, n.5, p.639-653, 2016.

OSBORNE, S.P.; STROKOSCH, K. It takes two to tango? Understanding the co-producton of public services by integrating the services management and public administration perspectives. **British Journal of Management**, v.24, n.1, p.31-47, 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8551.12010/full>. Acesso em: 16 jan. 2016.

OSTROM, E. Crossing the great divide: coproduction, synergy, and development. **World development**, v.24, n.6, p.1073-1087, 1996.

OSTROM, E. Metropolitan reform: Propositions derived from two traditions. **Social Science Quarterly**, p.474-493, 1972.

OTTMANN, G.; LARAGY, C.; ALLEN, J.; FELDMAN, P. Coproduction in practice: participatory action research to develop a model of community aged care. **Systemic practice and action research**, v.24, n.5, p.413-427, 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11213-011-9192-x>. Acesso em: 18 fev. 2016.

PAARLBERG, L.E.; GEN, S. Exploring the determinants of nonprofit coproduction of public service delivery: The case of K-12 public education. **The American Review of Public Administration**, v.39, n.4, p.391-408, 2009.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. São Paulo: MEDSI, 1994.

PAIM, J.S. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S.(org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PALUMBO, R. Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. **International Journal of Public Sector Management**, v.29, n.1, p.72-90, 2016. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/IJPSM-07-2015-0125>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PARKS, R.B.; BAKER, P.C.; KISER, L.; OAKERSON, R.; OSTROM, E.; OSTROM, V.; PERCY, S.L.; VANDIVORT, M.B.; WHITAKER, G.P.; WILSON, R. Consumers as coproducers of public services: Some economic and institutional considerations. **Policy Studies Journal**, v.9, n.7, p.1001-1011, 1981.

PARRADO, S.; VAN RYZIN, G.G.; BOVAIRD, T.; LOFFLER, E. Correlates of co-production: Evidence from a five-nation survey of citizens. **International Public Management Journal**, v.16, n.1, p.85-112, 2013. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10967494.2013.796260>. Acesso em: 22 abr. 2016.

PASIAN, I.; GAMEIRO, A.H. Mercado para a criação de poedeiras em sistemas do tipo orgânico, caipira e convencional. **XLV Congresso da SOBER**, Londrina, 2007.

PESTOFF, V. Citizens and co-production of welfare services: Childcare in eight European countries. **Public Management Review**, v.8, n.4, p.503-519, 2006.

PESTOFF, V. Co-production and third sector social services in Europe: Some concepts and evidence. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v.23, n.4, p.1102-1118, 2012. Disponível em:

<http://link.springer.com/article/10.1007/s11266-012-9308-7>. Acesso em: 24 mai. 2016.

PESTOFF, V. Towards A Paradigm Of Democratic Participation: Citizen Participation And Co-Production of Personal Social Services In Sweden. **Annals of Public and Cooperative Economics**, v.80, n.2, p.197-224, 2009.

PESTOFF, V.; BRANDSEN, T. **Co-production: the third sector and the delivery of public services**. New York: Routledge, 2013.

PETUKIENE, E.; DAMKUVIENE, M. Management of client participation in public services: selection of clients. **Social Research**, v.26, n.1, p.4552, 2012.
Disponível em:
http://su.lt/bylos/mokslo_leidiniai/soc_tyrimai/2012_26/petukiene_damkuviene.pdf. Acesso em: 26 jun. 2016.

PETUKIENE, E.; TIJUNAITIENE, R.; DAMKUVIENE, M. Participation of Clients in Public Services: the Aspect of Motivating. **Engineering Economics**, v.23, n.3, p.301-309, 2012.

POOCHAROEN, O.; TING, B. Collaboration, Co-production, Networks: Convergence of theories. **Public Management Review**, v.17, n.4, p.587-614, 2015.

PROENÇA, R.P.C.; DE SOUZA, A.A.; VEIROS, M.B.; HERING, B. **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. Florianópolis: Editora UFSC, 2006.

PULOS, E.; LENG, K. Evaluation of a voluntary menu-labeling program in full-service restaurants. **American**

Journal of Public Health, v.100, n.6, p.1035-1039, 2010. Disponível em:
<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2009.174839>. Acesso em: 28 jan. 2016.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.73-79, 2011.

REDE DE MUNICÍPIOS POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS. Disponível em:
<http://www.redemunicipiosps.org.br/wordpress/>. Acesso em: 22 jun. 2016.

RENEDO, A.; MARSTON, C. A.; SPYRIDONIDIS, D.; MARLOW, J. Patient and Public Involvement in Healthcare Quality Improvement: How organizations can help patients and professionals to collaborate. **Public Management Review**, v.17, n.1, p.17-34, 2015. Disponível em:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14719037.2014.881535>. Acesso em: 02 fev. 2016.

RIBEIRO, A.C.; ANDION, C.; BURIGO, F. Ação coletiva e coprodução para o desenvolvimento rural: um estudo de caso do Colegiado de Desenvolvimento Territorial da Serra Catarinense. **Revista de Administração Pública**, v.49, n.1, p.119-140, 2015.

ROBERTS, N. Public Deliberation in an age of direct citizen participation. **American Review of Public Administration**, v.34, n.4, 2004.

RODRIGUES, A.G.M. **Estado nutricional, indicadores sociodemográficos, comportamentais e escolha**

alimentar de comensais em restaurante de bufê por peso. Dissertação de conclusão de curso de mestrado (Nutrição) – UFSC, 2011.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo: UNESP, 1994.

RYAN, B. Co-production: Option or obligation?. **Australian Journal of Public Administration**, v.71, n.3, p.314-324, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8500.2012.00780.x/full>. Acesso em: 30 mar. 2016.

SAELEN, B.E.; GLANZ, K.; SALLIS, J.F.; FRANK, L.D. Nutrition Environment Measures Study in restaurants (NEMS-R): development and evaluation. **American journal of preventive medicine**, v.32, n.4, p.273-281, 2007.

SALM, J.F. Coprodução de bens e serviços públicos. In: BOULLOSA, R.F. (org.) **Dicionário para a formação em Gestão Social.** Salvador: CIAGS/UFBA, p.42-44, 2014.

SALM, J.F.; SCHOMMER, P. C.; HEIDEMANN, F. G.; VENDRAMINI, P.; MENEGASSO, M. E. Curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina: uma construção à luz da coprodução do bem público'e do'novo serviço público'. **Temas de Administração Pública**, v.2, n.6, 2011. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6161>. Acesso em: 04 abr. 2016.

SANTANA, H.M.P. Equipamentos programáveis: uma alternativa para preservar vitaminas no preparo de refeições coletivas. In: **Simpósio Sul-Brasileiro de**

Alimentação e Nutrição: história, ciência e arte. Florianópolis: UFSC, 2000.

SANTOS, G.F.Z. **Em busca da efetividade na administração pública:** proposição de uma metodologia para design e implementação de serviços públicos no município de Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Administração), Udesc, Florianópolis, 2014.

SANTOS, M.V.; PROENÇA, R.P.C.; FIATES, G.M.R.; CALVO, M.C.M. Os restaurantes por peso no contexto de alimentação saudável fora de casa. **Rev. nutr**, v.24, n.4, p.641-649, 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=606840&indexSearch=ID>. Acesso em: 06 mai. 2016.

SCHMIDT, M.I. DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v.377, n.9781, p.1949-1961, 2011.

SCHOMMER, P.C. **Desenvolvimento Local: reconfiguração de papéis e governança para a coprodução do bem público.** Texto baseado em comentários apresentados em encontro do Instituto de Cidadania Empresarial (ICE), São Paulo, 2013.

SCHOMMER, P.C.; et al. Coprodução e inovação social na esfera pública em debate no campo da gestão social. In: SCHOMMER, P.C.; BOULLOSA, R.F. **Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública.** Florianópolis: Udesc, v.01, p.31-70, 2011.

SCLIAR, M.; PAMPLONA, M.A.; RIOS, M.A.T.; DE SOUZA, M.H.S. **Saúde pública: histórias, políticas e revolta**. Rio de Janeiro: Scipione, 2002

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2 ed., 2013.

SHARP, E.B. Toward a new understanding of urban services and citizen participation: the coproduction concept. **The American Review of Public Administration**, v.14, n.2, p.105-118, 1980.

SICILIA, M.; GUARINI, E.; SANCINO, A.; ANDREANI, M.; RUFFINI, R. Public services management and co-production in multi-level governance settings. **International Review of Administrative Sciences**, v.82, n.1, p.8-27, 2016. Disponível em: <http://ras.sagepub.com/content/early/2015/06/05/0020852314566008.abstract>. Acesso em: 08 jun. 2016.

SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (Ed.) **The University at the Crossroad**. Nova Iorque: Henry Schumann Publisher, 1946.

SILVEIRA, C.S. **Vigilância em Saúde Meio Ambiente e Saúde Pública: O caso do município de Florianópolis-SC**. Dissertação de conclusão de curso de mestrado (Engenharia Ambiental) – UFSC, 1999.

SIMON, P.A.; LESLIE, P.; RUN, G.; JIN, G.Z.; REPORTER, R.; AGUIRRE, A.; FIELDING, J.E. Impact of restaurant hygiene grade cards on foodborne-disease hospitalizations in Los Angeles County. **Journal of Environmental Health**, v.67, n.7, 2005. Disponível em:

<http://search.proquest.com/openview/b37cba25ffa3922ef30e52d75dba88b8/1?pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SINIGAGLIA, A.; NEARY, D. Putting users at the heart of care: engaging the “cared-for” in integrated innovation. **International Journal of Integrated Care**, v.15, n.5, 2015.

SOUZA, G.S.; COSTA, E.A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.3, p.3329-3340, 2010.

STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, v. 81 p.53-59, 1990

STEEN, T.; NABATCHI, T.; BRAND, D. Introduction: Special issue on the coproduction of public services. **International Review of Administrative Sciences**, v.82, n.1, p.3-7, 2016. Disponível em: <http://ras.sagepub.com/content/early/2016/01/06/0020852315618187.extract>. Acesso em: 12 fev. 2016.

STROKOSCH, K.; OSBORNE, S.P. Asylum Seekers and the Co-production of Public Services: Understanding the Implications for Social Inclusion and Citizenship. **Journal of Social Policy**, p.1-18, 2016.

SUDHIPONGPRACHA, T.; WONGPREDEE, A. Decentralizing decentralized governance: community empowerment and coproduction of municipal public works in Northeast Thailand. **Community Development Journal**, v.51, n.2, p.302-319, 2015.

SUTTON, E.; EBORALL, H.; MARTIN, Gr. Patient Involvement in Patient Safety: Current experiences, insights from the wider literature, promising opportunities? **Public Management Review**, v.17, n.1, p.72-89, 2015. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14719037.2014.881538>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SZEBEKO, D.; TAN, L. Co-designing for Society. **Australasian Medical Journal**, v.3, n.9, p. 580-590, 2010.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v.34, n.6, p.63-80, 2000.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Instituto de Saúde Coletiva**, v 7, n.2, p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de Atenção a Saúde – Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

THIJSEN, P.; VAN DOOREN, W. Who you are/where you live: do neighbourhood characteristics explain co-production?. **International Review of Administrative Sciences**, v.82, n.1, p.88-109, 2016. Disponível em: <http://ras.sagepub.com/content/early/2015/08/06/0020852315570554.abstract>. Acesso em: 16 abr. 2016.

TRISCHLER, J.; SCOTT, D.Robert. Designing Public Services: The usefulness of three service design methods for identifying user experiences. **Public Management Review**, p.1-22, 2015.

TSAI, L.L. Friends or foes? Nonstate public goods providers and local state authorities in nondemocratic and transitional systems. **Studies in Comparative International Development**, v.46, n.1, p.46-69, 2011.

UGGIONI, P.L. **Atitude do consumidor em relação à certificação voluntária da segurança dos alimentos em restaurantes comerciais, município de Campinas – SP**. Dissertação de conclusão de curso de doutorado (Alimentos e Nutrição) – UNICAMP, 2011.

UK (UNITED KINGDOWN) **Sure Start**, 2014. Disponível em: <https://www.gov.uk/find-sure-start-childrens-centre>. Acesso em: 11 fev. 2015.

VAILLANCOURT, Y. Social Economy in the Co-construction of Public Policy. **Annals of Public and Cooperative Economics**, v.80, n.2, p.275-313, 2009.

VAN AKEN, J.E. Management Research Based on the Paradigm of the Design Sciences: The Quest for Field-Tested and Grounded Technological Rules. **Journal of Management Studies**, v.41, n.2, p.219-246, 2004. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6486.2004.00430.x/full>. Acesso em: 20 mai. 2016.

VAN AKEN, J.E.; ROMME, G. Reinventing the future: adding design science to the repertoire of organization and management studies. **Organizational Management Journal**, v.6, p.5-12, 2009.

VAN EIJK, C.; STEEN, T. Why engage in co-production of public services? Mixing theory and empirical evidence. **International Review of Administrative Sciences**, v.82, n.1, p.28-46, 2016.

VEIROS, M.B.; PROENÇA, R.P.C.; KENT-SMITH, L.; HERING, B.; SOUZA, A.A. How to analyse and develop healthy menus in foodservice. **Journal of Foodservice**, v.17, p.159-165, 2006. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-4506.2006.00025.x/full>. Acesso em: 22 jun. 2016.

VERSCHUERE, B.; BRANDSEN, T.; PESTOFF, V. Co-production: The State of the Art in Research and the Future Agenda. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, v.23, n.4, p.1083-1101, 2012.

VIEIRA, V.L. GREGÓRIO, M.J.; CERVATO-MANCUSO, A.M.; GRAÇA, A.P.S.R. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.2, p.603-617, 2013.

WALTNER-TOEWS, D. The end of medicine: the beginning of health. **Futures**, v.32, n.7, p.655-667, 2000.

WEDICK, N.M.; MA, Y.; OLENDIZKI, B.C.; PROCTER-GRAY, E.; CHENG, J.; KANE, K.J.; OCKENE, I.S.; PAGOTO, S.L.; LAND, T.G.; LI, W. Access to healthy food stores modifies effect of a dietary intervention. **American journal of preventive medicine**, v.48, n.3, p.309-317, 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379714004875>. Acesso em: 24 jan. 2016.

WHITAKER, G.P. Coproduction: Citizen Participation in Service Delivery, **Public Administration Review**, p.240-246, 1980.

WIEWIORA, A.; KEAST, R.; BROWN, K. Opportunities and challenges in engaging citizens in the co-production of infrastructure-based public services in Australia. **Public Management Review**, p.1-25, 2015.

WINDRUM, P. Third sector organizations and the co-production of health innovations. **Management Decision**, v.52, n.6, p.1046-1056, 2014. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/MD-03-2012-0166>. Acesso em: 26 fev. 2016.

WINKLEBY, M.A.; et al. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention trial: the Stanford Five-City Project. **American journal of public health**, v.86, n.12, p.1773-1779, 1996.

WINSLOW, C. The untilled fields of public health. **Science**, p.23-33, 1920.

WORKMAN, A. Makeni City Council and the Politics of Co-production in Post-conflict Sierra Leone. **IDS Bulletin**, v.42, n.2, p.53-63, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1759-5436.2011.00211.x/abstract>. Acesso em: 28 mar. 2016.

YANG, Kun. The Implementation Issues of Service Coproduction in Public Service. In: **Management and Service Science (MASS), 2011 International Conference**, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA-CONVITE



Prezado(a) _____

O Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (ESAG) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e a Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis convidam você para apresentação do projeto de pesquisa "Coprodução de Serviço de Vigilância Sanitária para Promoção de Saúde", desenvolvido pela mestranda, Fiscal de Vigilância em Saúde e Coordenadora Municipal de Fiscalização Sanitária, Luiza Moritz Age, para o Mestrado Profissional em Administração ESAG/UDESC.

O objetivo da apresentação é sensibilizar os convidados para participação posterior nos encontros propostos pelo projeto que visam a construção de instrumento para classificação de restaurantes (em formato de bufê), utilizando critérios que avaliam a qualidade nutricional dos alimentos servidos e que seja divulgada para a população, facilitando a escolha do estabelecimento em que irá realizar suas refeições.

A apresentação do projeto de pesquisa será realizada em 27 de outubro de 2015, terça-feira, das 17h às 19 horas, na sala 8 da ESAG (UDESC – Campus Itacorubi).

Os encontros posteriores para construção do instrumento de classificação serão definidos nesse primeiro encontro para apresentação do projeto, com data e horário definidos de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Pedimos a gentileza de confirmar sua participação pelo email luizamoritzage@hotmail.com.

Atenciosamente,


 Luiza Moritz Age
 Nutricionista
 Especialista em Nutrição Clínica Funcional
 Mestrada em Administração
 Fiscal de Vigilância em Saúde
 Coordenadora Municipal de Fiscalização Sanitária


 Paula Chies Schommer
 Professora Orientadora da Pesquisa
 Departamento de Administração Pública
 ESAG - UDESC


 Agur Jorge Amorim Filho
 Fiscal de Vigilância em Saúde
 Gerente de Vigilância Sanitária e Ambiental

APÊNDICE 2 – SÍMBOLO DA CERTIFICAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES EM
QUALIDADE NUTRICIONAL



APÊNDICE 3 – AVALIAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO PARA CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES

1- Você já havia participado de algum processo de deliberação em serviços públicos em conjunto com a sociedade civil/servidores públicos? Se sim, comente resumidamente sobre essa participação.

2- O que você destaca como ponto(s) forte(s) no processo desenvolvido para produção do roteiro e classificação dos restaurantes?

3- O que você destaca como fragilidade(s)/dificuldade(s) no processo?

4- O que você recomendaria para futuras iniciativas similares - construção colaborativa de instrumentos de avaliação/fiscalização?

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA CERTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RESTAURANTES

Item	Área	Critério	Pontuação		
			I.I	+	-
1.1	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Utiliza somente panelas de cerâmica ou inox		2	
1.2	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Presença de forno combinado		6	
1.3	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Ausência de fritadeira		8	
1.4	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Presença de grelha		2	
2.1	Matérias-primas utilizadas	Tem horta própria para cultivo de temperos no estabelecimento		3	
2.2	Matérias-primas utilizadas	Faz controle da saturação do óleo de fritura utilizando fita de monitoramento da saturação da gordura ou tem controle da temperatura do óleo e da saturação do óleo de fritura substituindo-o de acordo com o uso de forma padronizada acordo com Procedimento Operacional Padrão		4	

2.3	Matérias-primas utilizadas	Faz controle da saturação do óleo de fritura substituindo-o de acordo com o uso de forma padronizada.	X		
2.4	Matérias-primas utilizadas	Utiliza somente ovos orgânicos ou caipiras		4	
2.5	Matérias-primas utilizadas	Utiliza algum tipo de corte de carne orgânica		4	
2.6	Matérias-primas utilizadas	Não utiliza temperos prontos, molhos prontos, amaciante de carnes e/ou outros produtos para alterar consistência e/ou sabor dos alimentos artificialmente, contendo: glutamato monossódico e/ou gordura vegetal e/ou aditivos artificiais	X		
2.7	Matérias-primas utilizadas	Não utiliza carnes pré-temperadas industrialmente	X		
2.8	Matérias-primas utilizadas	Utiliza alimentos pré-prontos e prontos industrializados			3
2.9	Matérias-primas utilizadas	Não utiliza gordura vegetal para preparo dos alimentos	X		
3.1	Produtos Expostos ao Consumidor	Disponibiliza pratos rasos de até 22cm de diâmetro ou 70cm de circunferência		4	
3.2	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece saladas na proporção de 75% ou mais da quantidade total de acompanhamentos frios		6	
3.3	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece saladas na proporção de 50% ou mais da quantidade total de acompanhamentos frios	X		

3.4	Produtos Expostos ao Consumidor	Utiliza verduras, hortaliças ou frutas orgânicas		6	
3.5	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece sementes e grãos para acompanhar a salada		3	
3.6	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece azeite de oliva extravirgem, mantido na embalagem original, para acompanhar a salada		2	
3.7	Produtos Expostos ao Consumidor	Disponibiliza molhos industrializados para acompanhar a salada			6
3.8	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece arroz integral		1	
3.9	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece opções de preparações de alimentos não refinados com grande teor de carboidrato, não fritos, sem molhos gordurosos ou açucarados (como batatas, aipim, outros tipos de arroz)		2	
3.10	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece preparações a base de carboidratos contendo farinhas integrais (como pastel de forno, quiche, pães)		1	
3.11	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece opção de preparação de leguminosa sem presença de carnes ou embutidos	X		
3.12	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece preparações à base de carnes magras, na proporção de 50% ou mais da quantidade total de preparações à base de carne (item não aplicável aos	X		

		restaurantes vegetarianos/veganos)			
3.13	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece preparações proteicas vegetarianas alternativas a carnes preparadas de forma não frita, à base de grão de bico, lentilha, quinoa, cogumelos, tofu, ovos		7	
3.14	Produtos Expostos ao Consumidor	Não oferece preparações fritas		8	
3.15	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece preparações fritas na proporção de 20% ou menos da quantidade total de preparações quentes	X		
3.16	Produtos Expostos ao Consumidor	Não oferece preparações contendo predominantemente alimentos embutidos e/conservas ou recheados com estes (como acompanhamentos frios, torta fria, pastéis, quiches, lasanhas e outros)		8	
3.17	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece preparações contendo predominantemente alimentos embutidos e/ou conservas na proporção de 10% ou menos da quantidade total de preparações quentes	X		
3.18	Produtos Expostos ao Consumidor	Não oferece sobremesa ou oferece opção de fruta in natura entre as sobremesas		4	
3.19	Produtos Expostos ao	Incentiva o consumo de sobremesas doces			6

	Consumidor				
3.20	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece suco natural sem adição de açúcar	X		
3.21	Produtos Expostos ao Consumidor	Incentiva o consumo de suco natural em detrimento a outras bebidas		2	
3.22	Produtos Expostos ao Consumidor	Disponibiliza sal para os clientes			5
4.1	Ambiente	Expõe, em local visível ao consumidor, Alvará Sanitário válido	X		
4.2	Ambiente	Disponibiliza os ingredientes de cada preparação, em plaquinhas próximas, no bufê	X		
4.3	Ambiente	Disponibiliza informações que incentivam o consumo de sucos naturais		1	
4.4	Ambiente	Disponibiliza informações que incentivam o consumo de saladas		4	
4.5	Ambiente	Não expor propagandas de refrigerantes, sucos artificiais e/ou chás artificiais	X		
5.1	Documentos	Apresenta Manual de Boas Práticas que inclui Procedimentos Operacionais Padrão de controle do sódio nas preparações servidas	X		
5.2	Documentos	Apresenta profissional nutricionista como responsável técnico pelo estabelecimento, certificado pelo Conselho Regional de		8	

		Nutricionistas			
5.3	Documentos	Apresenta profissional nutricionista como consultor/assessor do estabelecimento, comprovado por contrato de trabalho		4	
TOTAL				104*	20

*Os itens 5.2 e 5.3 são excludentes, portanto a maior pontuação possível a ser obtida são 100 pontos.

1.Classificações:

Restaurante Certificado – aquele que cumpre todos os itens de cumprimento indispensável.

Classificação em três estrelas – obtida pelo restaurante que cumprir todos os itens indispensáveis e obtiver soma de até 20 pontos entre os itens com pontuação atribuída.

Classificação em quatro estrelas – obtida pelo restaurante que cumprir todos os itens indispensáveis e obtiver soma de 21 a 50 pontos entre os itens com pontuação atribuída.

Classificação em cinco estrelas – obtida pelo restaurante que cumprir todos os itens indispensáveis e obtiver soma acima de 51 pontos entre os itens com pontuação atribuída.

2.Observações:

I.I. – Item de cumprimento indispensável para a Certificação.

+ - Pontuação positiva atribuída ao item.

- - Pontuação negativa atribuída ao item.

3. Definições:

Acompanhamentos frios: preparações expostas no buffet frio, exceto saladas.

Alimentos orgânicos: serão considerados orgânicos quando apresentada cópia do certificado de orgânico do alimento, combinado com nota fiscal de compra ou quando verificado selo de orgânico na embalagem do produto.

Alimentos pré-prontos ou prontos industrializados: aqueles que são comprados prontos ou pré-prontos de fornecedores terceirizados (molhos, massas prontas, carnes temperadas, batatas pré-fritas e outros).

Preparações à base de carnes magras: em modo de preparo assado, cozido ou grelhado, sem adição de molhos gordurosos, sem pele, sem gordura aparente, nos cortes bovinos de patinho, picanha, coxão duro, músculo, lagarto, filé *mignon*, alcrata; suínos de lombo; frango; peixes e frutos do mar.

Ficha Técnica de Preparação: receita padronizada do restaurante que apresenta todos os ingredientes da preparação, as técnicas de preparo e o rendimento.

Forno combinado: equipamento que funciona combinando ar quente e vapor, controlados por sensor, para cocção dos alimentos.

Incentivo ao consumo: realizado através da redução de preço, oferecimento de gratuidades ou disponibilidade de informações sobre determinado alimento ou bebida.

Molho industrializado/molho pronto: aquele adquirido pronto ou; preparado no local, derivado da mistura de molhos adquiridos prontos.

Molhos gordurosos: aqueles contendo leite integral e/ou queijos e/ou creme de leite e/ou nata e/ou grande quantidade de óleo (ingredientes serão verificados pela ficha técnica de preparo).

Preparações à base de carboidratos contendo farinhas integrais: a presença de farinha integral será verificada pela ficha técnica de preparação do alimento, quando produzido no local, que deverá ser maior que 30% do total da quantidade de farinhas e; pela embalagem do alimento, quando industrializado, que deverá conter farinha integral como primeiro ingrediente.

Preparações à base de carnes: preparações que tem como ingrediente único ou principal carne bovina, de frango, suína, frutos do mar e outras carnes (bife ao molho, frango ensopado, peixe assado, estrogonofe de camarão e outras).

Preparações fritas: aquelas que tem como modo de cocção a imersão em óleo/gordura.

Preparações proteicas vegetarianas alternativas a carnes: preparações que não contém carnes e que contém fontes de proteína vegetal, que possam substituir as carnes como prato principal da refeição.

Preparações quentes: preparações expostas no buffet quente, incluindo aquelas à base de carnes (arroz, macarrão, lasanha, batata frita, carnes).

Salada: preparação fria contendo como único ou principal ingrediente verduras e/ou hortaliças e/ou frutas cruas ou cozidas, podendo ser utilizados na preparação outros ingredientes tais como embutidos e conservas apenas como enfeites.

Sobremesas doces: preparações oferecidas no bufê de sobremesas que não são frutas in natura.

Suco natural: suco feito somente da fruta, no estabelecimento; suco feito de polpa congelada da fruta,

no estabelecimento; suco industrializado sem adição de conservantes e outros ingredientes além da fruta.

4. Justificativas Técnicas:

Item 1.1: Utiliza somente painéis de cerâmica ou inox.

Frequentemente os restaurantes utilizam painéis de alumínio. Apesar de esse material ser utilizado para o preparo dos alimentos de forma satisfatória, o alumínio apresenta implicações nutricionais, na sua interação com o alimento e deste com o consumidor, assim como o cobre. A toxicidade com alumínio está associada a complicações neurológicas como o mal de Alzheimer (PROENÇA; et al, 2006). E o cobre apresenta elevado poder pró-oxidativo (ANS; MATTOS; JORGE, 1999). As painéis de cerâmica ou inox não apresentam essas interações.

Item 1.2: Presença de forno combinado.

O forno combinado é um equipamento com capacidade de fazer vários pratos ao mesmo tempo. Dessa forma, ele facilita a preparação de várias receitas assadas ou cozidas, sendo menos necessário o uso de outros métodos menos saudáveis, como a fritadeira. Além disso, esse tipo de equipamento, com capacidade de programação, torna os alimentos mais ricos nutricionalmente, por diminuir a perda de vitaminas (PROENÇA; et al, 2006). Por exemplo, um estudo conduzido para avaliar a estabilidade das vitaminas do complexo B em carnes preparadas em equipamentos convencionais e no forno combinado demonstrou que a estabilidade foi maior no forno combinado na maioria das preparações (SANTANA, 2000). A ANVISA também recomenda a utilização de forno combinado no seu

Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos (BRASIL, 2014).

Item 1.3: Ausência de fritadeira.

A fritadeira indica que o restaurante produz preparações fritas em grande quantidade, ou, não precisaria do equipamento. Além disso, por ter forma de preparo rápida, pode desestimular a utilização de técnicas mais saudáveis de preparo (PROENÇA; et al, 2006). O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos cita que é necessário que os restaurantes substituam as preparações fritas por preparações assadas e cozidas (BRASIL, 2014).

Item 1.4: Presença de grelha.

Para realmente grelhar um alimento, é necessário utilizar a grelha. Frequentemente alimentos chapeados são erroneamente denominados grelhados. A chapa é coberta por óleo, sendo o alimento frito com certa quantidade de gordura, diferentemente de quando é grelhado (PROENÇA; et al, 2006).

Item 2.1: Tem horta própria para cultivo de temperos no estabelecimento.

A presença de horta indica que o estabelecimento utiliza temperos frescos, de produção própria, de maneira “caseira”, ou seja, geralmente sem agrotóxicos e outros contaminantes.

Item 2.2 e 2.3: Sobre controle da saturação do óleo de fritura.

A determinação do momento adequado de descarte do óleo de fritura é frequentemente determinada pela observação de características como

formação de espuma e aumento da viscosidade, sem padronizações e/ou utilização de equipamentos que possam medir a saturação com maior precisão. Alguns estudos desenvolvidos com óleos aquecidos por longos períodos, sob temperaturas elevadas, demonstraram que os produtos resultantes contêm diversos compostos polares. Óleos com elevados teores de compostos polares provocam irritações do trato gastrointestinal, diarreia e outras reações (PROENÇA; et al, 2006).

Item 2.4: Utiliza somente ovos orgânicos ou caipiras.

A produção alternativa de ovos dá uma atenção maior ao bem-estar animal, utiliza alimentos apenas de origem vegetal na ração e produz ovos com um maior valor nutricional agregado (PASIAN; GAMEIRO, 2007).

Item 2.5: Utiliza algum tipo de corte de carne orgânica.

A carne bovina proveniente de sistema orgânico apresenta diferenças significativas de qualidade em relação à carne bovina habitualmente consumida pela população (FERRAZ; 2015).

Item 2.6 e 2.7: Referem-se à utilização de temperos prontos, molhos prontos, amaciante de carnes e/ou outros produtos para alterar consistência e/ou sabor dos alimentos artificialmente, contendo: glutamato monossódico e/ou gordura vegetal e/ou aditivos artificiais e carnes temperadas artificialmente.

Alguns aditivos, incluindo o glutamato monossódico, podem provocar dores de cabeça e provocar crises de asma, além de, de acordo com estudos, fazerem com que a pessoa consuma maior quantidade da preparação. Alguns desses aditivos já

estão proibidos em alguns alimentos e produtos alimentícios produzidos em território da União Europeia (JINAP; HAJEB, 2010). Os ácidos graxos trans estão relacionados às doenças cardiovasculares e ao diabetes (DUNCAN; et al., 2012). Restaurantes devem priorizar o uso de alimentos que não sejam ultra processados acrescidos de conservantes, estabilizantes, flavorizantes e corantes (MONTEIRO; CASTRO, 2009). O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos cita que se deve evitar o uso de temperos prontos e caldos industrializados (BRASIL, 2014).

Item 2.8: Utiliza alimentos pré-prontos e prontos industrializados.

Os alimentos industrializados contêm maiores quantidades de conservantes e aditivos, além de frequentemente também apresentarem gordura vegetal em sua composição.

Item 2.9: Não utiliza gordura vegetal para preparo dos alimentos.

As recomendações nutricionais para dietas saudáveis de índices de qualidade nutricional ao redor do mundo insistem na redução de gorduras, principalmente a trans (GORGULHO; et al., 2016). O consumo de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes (DUNCAN; et al., 2012). Os restaurantes coletivos devem fazer um esforço conjunto com vistas a disponibilizar para a população preparações com quantidades menores de gordura trans no produto final e evitar o uso de margarinas com gordura trans no preparo das refeições (BRASIL, 2014).

Item 3.1: Disponibiliza pratos rasos de até 22cm de diâmetro ou 70cm de circunferência.

O prato menor dá a impressão de preenchimento total com menos alimentos.

Item 3.2 e 3.3: Referentes à quantidade de saladas oferecidas.

As saladas são responsáveis por um grande percentual da ingestão de fibras, além de vitaminas e minerais, portanto, todo o esforço para promoção destas preparações e aumento em seu consumo deve ser realizado (PROENÇA; et al, 2006). Vários índices de qualidade nutricional das preparações servidas por restaurantes utilizam a quantidade de frutas e vegetais disponibilizados aos clientes (GORGULHO; et al., 2016). O consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal (DUNCAN; et al., 2012). Em estudo sobre consumo em restaurantes tipo bufê, uma menor quantidade de saladas no prato foi relacionada com sobrepeso ou obesidade do consumidor (RODRIGUES, 2011). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro tem quantidade insuficiente de fibras (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de verduras e legumes.

Item 3.4: Utiliza verduras, hortaliças ou frutas orgânicas.

Os alimentos orgânicos apresentam menores quantidades de agrotóxicos e outros produtos tóxicos.

Item 3.5: Oferece sementes e grãos para acompanhar a salada.

Os grãos são considerados fontes de fibras, sendo que alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro tem quantidade insuficiente de fibras (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de grãos integrais.

Item 3.6: Oferece azeite de oliva extravirgem, mantido na embalagem original, para acompanhar a salada.

A troca de embalagem pode prejudicar a conservação o azeite e sua rastreabilidade. O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos afirmar que é necessário evitar o uso de azeite misturado com óleo para o tempero de saladas ou outras preparações (BRASIL, 2014).

Item 3.7: Disponibiliza molhos industrializados para acompanhar a salada.

Os molhos industrializados, assim como os alimentos em geral industrializados, contêm maiores quantidades de conservantes e aditivos, além de frequentemente também apresentarem gordura vegetal em sua composição.

Item 3.8: Oferece arroz integral

O arroz integral tem maior valor nutricional do que o arroz refinado, além da maior quantidade de fibras. Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro tem quantidade insuficiente de fibras (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de alimentos integrais.

Item 3.9: Oferece opções de preparações de alimentos não refinados com grande teor de carboidrato, não fritos, sem molhos gordurosos ou açucarados (como batatas, aipim, outros tipos de arroz).

A presença de outros alimentos do grupo dos carboidratos preparados de forma saudável permite variar a alimentação sem prejudicá-la nutricionalmente.

Item 3.10: Oferece preparações a base de carboidratos contendo farinhas integrais (como pastel de forno, quiche, pães).

Assim como o arroz, as farinhas integrais têm maior valor nutricional do que as refinadas, além da maior quantidade de fibras. Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro quantidade insuficiente de fibras (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de alimentos integrais.

Item 3.11: Oferece opção de preparação de leguminosa sem presença de carnes ou embutidos.

Produtos processados, como os embutidos, devem ser evitados, segundo o Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos da ANVISA, pelo seu alto teor de sódio (BRASIL, 2014). E a OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de leguminosas. Quando a leguminosa oferecida contém embutidos ou carnes, faz com que uma parcela dos clientes – aqueles que não comem carne – não possam ingerir a preparação, importante fonte de proteínas e outros nutrientes.

Item 3.12: Oferece preparações à base de carnes magras, na proporção de 50% ou mais da quantidade total de preparações à base de carne.

Índices de avaliação de qualidade nutricional de alimentos servidos em restaurantes largamente utilizados indicam que deve ser diminuída a quantidade de alimentos gordurosos (GORGULHO; et al., 2016). O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos também cita que esses devem fazer um esforço conjunto para disponibilizar para a população preparações com quantidades menores de gordura saturada no produto final, além de evitar o uso de molhos a base de queijos gordurosos, creme de leite, substituir por molhos de tomate natural e a base de hortaliças ou iogurtes desnatados e substituir as preparações à base de fritura por preparações assadas ou cozidas (BRASIL, 2014). O alto consumo de carne vermelha, está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes (DUNCAN; et al., 2012). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro apresenta quantidade excessiva de gordura saturada (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário limitar o consumo de gordura nos alimentos.

Item 3.13: Oferece preparações proteicas vegetarianas alternativas a carnes preparadas de forma não frita, à base de grão de bico, lentilha, quinoa, cogumelos, tofu, ovos.

É necessário atender a vários tipos de consumidores e incentivar a diminuição no consumo de carnes.

Item 3.14 e 3.15: Não oferece preparações fritas.

É necessário cuidado com a quantidade de frituras, alimentos gordurosos e pouco nutritivos (PROENÇA; et al, 2006). Índices de avaliação de qualidade nutricional de alimentos servidos em restaurantes largamente utilizados indicam que deve ser diminuída a quantidade de alimentos gordurosos (GORGULHO; et al., 2016). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário limitar o consumo de alimentos gordurosos. O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos indica substituir as preparações à base de fritura por preparações assadas ou cozidas (BRASIL, 2014).

Item 3.16 e 3.17: Não oferece preparações contendo predominantemente alimentos embutidos e/conservas ou recheados com estes (como acompanhamentos frios, torta fria, pastéis, quiches, lasanhas e outros).

Há uma grande quantidade de sódio presente nos alimentos em conserva, utilizado para dar sabor e controlar o crescimento de microorganismos. É necessário ajustar sua oferta tendo em vista as doenças cardiovasculares e o diabetes (PROENÇA; et al, 2006; DUNCAN; et al., 2012). De acordo com o Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos, deve-se evitar a oferta de produtos processados, por apresentarem, também, alta concentração de sódio (BRASIL, 2014).

Item 3.18 e 3.19: Referente às sobremesas doces.

Cuidados com a quantidade de açúcar consumida e a frequência do número de doces - alimentos pouco nutritivos, devem nortear o trabalho dos responsáveis pela qualidade da alimentação produzida (PROENÇA; et al, 2006). O consumidor tende a preferir consumir as sobremesas doces, quando há opções de frutas e doces

(PROENÇA; et al, 2006). Índices de avaliação de qualidade nutricional da maior parte dos países consiste em redução de gorduras e açúcar de adição, presentes nas sobremesas doces (GORGULHO; et al., 2016). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro apresenta quantidade excessiva de açúcares de adição (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário limitar o consumo de açúcares nos alimentos e aumentar o consumo de frutas. Segundo o Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos, esses devem disponibilizar para a população preparações com quantidades menores de açúcar no produto final, ter a preocupação de servir menos doces e não adoçar com açúcar, ou mel, ou leite condensado, ou refrigerante as saladas de frutas ou as frutas simples servidas como sobremesa (BRASIL, 2014).

Item 3.20: Oferece suco natural sem adição de açúcar.

O consumidor deve ter a opção de adoçar, ou não, seu suco. Índices de avaliação de qualidade nutricional da maior parte dos países e agências internacionais consideram a quantidade de açúcar de adição (GORGULHO; et al., 2016). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro apresenta quantidade excessiva de açúcares de adição (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário limitar o consumo de açúcares. O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos, afirma que esses devem ter a preocupação de servir bebidas com pouco ou sem adoçamento (BRASIL, 2014).

Item 3.21: Incentiva o consumo de suco natural em detrimento a outras bebidas

Em muitos estabelecimentos, o valor gasto com uma bebida artificial é menor do que aquele gasto ao comprar um suco natural. Alguns estabelecimentos oferecem, ainda “combos” incluindo bebidas artificiais, sendo que estudos afirmam que refeições combinadas com preço único influenciam escolhas menos saudáveis (BOOTH; et al., 2001). O consumo regular de frutas diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal (DUNCAN; et al., 2012). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de frutas.

Item 3.22: Disponibiliza sal para os clientes

Cuidados como quantidade de sal devem nortear o trabalho dos responsáveis pela qualidade da alimentação produzida (PROENÇA; et al, 2006). O consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e doenças cardiovasculares (DUNCAN; et al., 2012). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro apresenta quantidade excessiva de sódio (MENDONÇA; ANJOS, 2004). Todos os restaurantes devem adotar como estratégia retirar os saleiros das mesas (MONTEIRO; CASTRO, 2009). De acordo com o Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos, esses devem substituir totalmente ou parcialmente o sal de adição por temperos ou especiarias, bem como por sal adicionado de ervas, entre outras estratégias (BRASIL, 2014).

Item 4.1: Expõe, em local visível ao consumidor, Alvará Sanitário válido.

Segundo a Lei Complementar Municipal 239 de 10 de agosto de 2006, todo o estabelecimento que

comercializa produtos de interesse da saúde, como alimentos, deve possuir Alvará Sanitário para a atividade que desenvolve.

Item 4.2: Disponibiliza os ingredientes de cada preparação, em plaquinhas próximas, no bufê.

Necessidades especiais de dos consumidores podem requerer restrição do consumo de determinados alimentos (OLIVEIRA, 2008). Além disso, estudos mostram que a disponibilização de informações, de fácil entendimento, sobre o alimento, influencia na escolha do consumidor, sendo demonstrada a menor ingestão de calorias, gorduras e sódio e, quanto mais próximas ao prato estiverem as informações, maiores as chances de influenciarem a escolha (BURTON; et al., 2006; PULOS; LENG, 2010).

Item 4.3: Disponibiliza informações que incentivam o consumo de sucos naturais.

O consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal (DUNCAN; et al., 2012). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de frutas.

Item 4.4: Disponibiliza informações que incentivam o consumo de saladas

As saladas são responsáveis por um grande percentual da ingestão de fibras, além de vitaminas e minerais, portanto, todo o esforço para promoção destas preparações e aumento em seu consumo deve ser realizado (PROENÇA; et al, 2006). Vários índices de qualidade nutricional das preparações servidas por restaurantes utilizam a quantidade de frutas e vegetais disponibilizados aos clientes (GORGULHO; et al., 2016). O consumo regular de frutas e legumes diminui o risco

de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal (DUNCAN; et al., 2012). Em estudo sobre consumo em restaurantes tipo bufê, uma menor quantidade de saladas no prato foi relacionada com sobrepeso ou obesidade do consumidor (RODRIGUES, 2011). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro tem quantidade insuficiente de fibras (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário aumentar o consumo de verduras e legumes.

Item 4.5: Não expor propagandas de refrigerantes, sucos artificiais e/ou chás artificiais.

Índices de avaliação de qualidade nutricional da maior parte dos países consideram a quantidade de açúcar de adição (GORGULHO; et al., 2016). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro apresenta quantidade excessiva de açúcares de adição (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A OMS (2015) observa que, para combater a obesidade, é necessário limitar o consumo de açúcares. O Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos, afirma que esses devem ter a preocupação de servir bebidas com pouco ou sem adoçamento e que se pode substituir a oferta de sucos artificiais e refrigerantes por água (BRASIL, 2014).

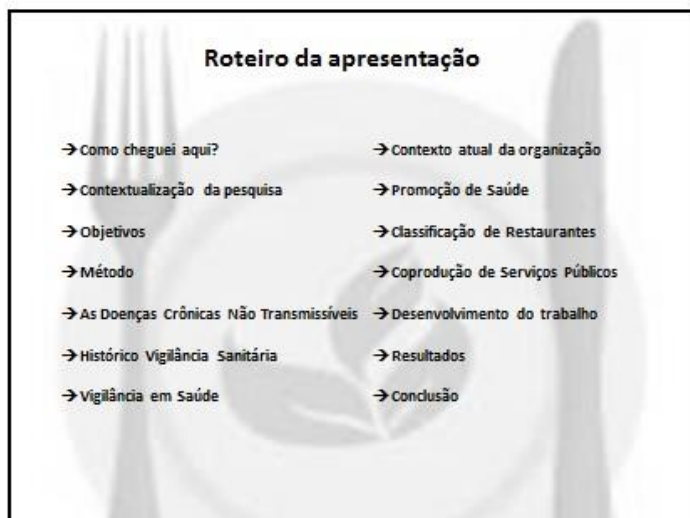
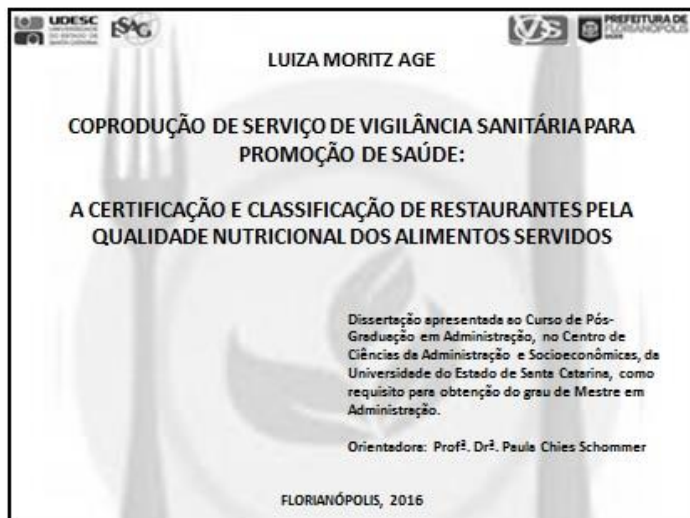
Item 5.1: Apresenta Manual de Boas Práticas que inclui Procedimentos Operacionais Padrão de controle do sódio nas preparações servidas.

Cuidados como quantidade de sal devem nortear o trabalho dos responsáveis pela qualidade da alimentação produzida (PROENÇA; et al, 2006). O consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e doenças cardiovasculares (DUNCAN; et

al., 2012). Alguns estudos apontam que a alimentação do brasileiro apresenta quantidade excessiva de sódio (MENDONÇA; ANJOS, 2004). Todos os restaurantes devem adotar como estratégia retirar os saleiros das mesas (MONTEIRO; CASTRO, 2009). De acordo com o Manual de Boas Práticas Nutricionais para Restaurantes Coletivos, esses devem substituir totalmente ou parcialmente o sal de adição por temperos ou especiarias, bem como por sal adicionado de ervas, entre outras estratégias (BRASIL, 2014).

Itens 5.2 e 5.3: Apresenta profissional nutricionista como responsável técnico pelo estabelecimento, certificado pelo Conselho Regional de Nutricionistas. O nutricionista pode prezar por uma alimentação mais saudável, transformando seu conhecimento sobre alimentação em métodos de educação nutricional e pratos mais atrativos e nutricionalmente adequados para alimentar a população pela qual é responsável – seus consumidores (PROENÇA; et al, 2006; VEIROS; et al, 2006; SANTOS; et al., 2011).

APÊNDICE 5 – APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO PARA DEFESA



Como cheguei aqui?



Contextualização da pesquisa

- ❑ Modo de vida urbano → adaptação da rotina de refeições;
- ❑ Pesquisa de Orçamento Familiar 2008/2009 → 40% da população brasileira realiza alguma refeição fora do domicílio;
- ❑ Em Florianópolis...
Somente 55% da população afirmou consumir frutas e hortaliças regularmente, 26% afirmou substituir, frequentemente, refeições completas por lanches;
- ❑ Qualidade nutricional dos alimentos servidos em restaurantes → influência nos hábitos alimentares;
- ❑ Ambientes e comunidades que sustentam hábitos saudáveis → fundamentais para moldar as escolhas das pessoas e prevenir a obesidade;
- ❑ Restaurantes em formato bufê → podem ser uma alternativa de alimentação saudável fora de casa.

(DARCIA, 2005; VEIKOS et al., 2008; BRASIL, 2010; SANTOS et al., 2011; BRASIL, 2015; DMS, 2015)

Contextualização da pesquisa

- ❑ Criação de ambientes saudáveis + empoderamento do cidadão para fazer suas próprias escolhas → caminhos para as ações de promoção de saúde;
- ❑ Governo não detém todo o conhecimento → pode ser facilitador de um processo de construção compartilhada de saberes;
- ❑ Políticas e serviços públicos coproduzidos com os interessados → potencialmente atingem resultados mais eficazes, com maior autonomia e poder ao cidadão;



- ❑ Instrumento que identifique os serviços de alimentação que oferecem alimentos saudáveis → torna mais fácil a escolha individual + cria incentivo para melhorar a qualidade nutricional das refeições oferecidas.

Objetivo Geral

Realizar a coprodução de instrumento para fiscalização sanitária de alimentos visando à promoção de saúde para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Objetivos Específicos

- ❑ Descrever a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
- ❑ Descrever o contexto histórico, estrutura, estratégias atuais e perspectivas da vigilância sanitária, da vigilância em saúde e da promoção de saúde;
- ❑ Evidenciar o estado da arte da coprodução de serviços públicos;
- ❑ Selecionar práticas de coprodução de serviços públicos e promoção de saúde;
- ❑ Propor metodologia de trabalho que aplique os conceitos de coprodução de serviços públicos e promoção de saúde para enfrentamento das DCNT;
- ❑ Formar Grupo de Trabalho;
- ❑ Coproduzir o design de um método de fiscalização sanitária de alimentos visando a certificação e a classificação de restaurantes de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos servidos.

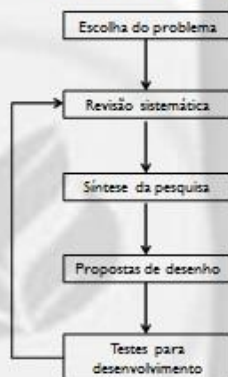
Método

Design Science +
Coprodução de Serviços Públicos +
Promoção de Saúde.

Contexto: serviço de fiscalização
sanitária de alimentos do município
de Florianópolis.

Design Science → desenvolvimento
de conhecimento para o design de
soluções para problemas,
conectando teoria e prática.

Ciclo da Design Research



(VAN AKEN, 2004; JELINKS; KONNIG; SOLAND, 2008)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Ser humano alterou profundamente o equilíbrio entre seu estilo de vida e o meio ambiente.

Estilo de vida atual → sedentário, com menos horas de sono, dieta densa em calorias e pouco diversificada e conduta pouco ecológica em relação ao ambiente.

Anos 1960 → evolução da medicina → queda das doenças infecciosas e parasitárias → aumento da mortalidade por outras causas.

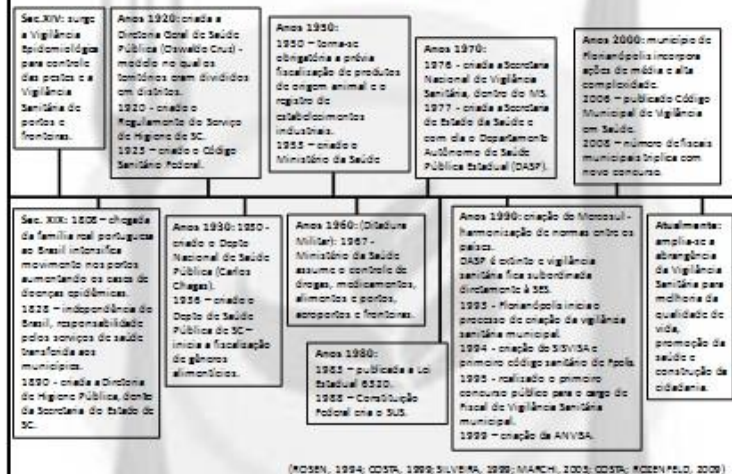
Atualmente...

Doenças Crônicas Não-Transmissíveis → principal causa de morbimortalidade em pessoas acima dos 60 anos.

Associadas com diversas comorbidades → perda de autonomia e qualidade de vida.

(LESSA, MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996; GOTTILUS; MORAESLUTTI; CRUZ, 2003)

Linha do tempo da Vigilância Sanitária



Vigilância em Saúde

- ❑ Proposta brasileira de integração de práticas que extrapolam a dimensão individual do cuidado + articulação entre promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos;
- ❑ Propostas menos restritas para os problemas e necessidades de saúde;
- ❑ Incorporação da promoção e da proteção da saúde ao conjunto de medidas adotadas pelo SUS;
- ❑ Articulação com outros setores para ampliação do escopo de intervenções;
- ❑ Noção de que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza econômica, política e culturalmente.

(PAIM, 2003; TEIXEIRA, SOUZA, 2006)

Contexto atual da organização

- ❑ 2013 → Mudança de gestão.
- ❑ Apresentação e discussão do conceito de Promoção de Saúde e da proposta de atuação como Vigilância em Saúde → maneira diferente de pensar o trabalho.
- ❑ Ações para melhorar o envolvimento do cidadão e para atuar em promoção de saúde:

Programa Comer Bem
→ Rede Semear

Denúncias

Projeto de nova legislação
para cantinas escolares

Articulação para formar o
COMSEAS em Florianópolis

Desafio → fiscalização sanitária promover saúde

Promoção de saúde

❑ Carta de Ottawa → promoção de saúde = 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.

5 campos de ação para promoção de saúde → políticas públicas saudáveis;
→ ambientes favoráveis à saúde;
→ reforço da ação comunitária;
→ desenvolvimento de habilidades pessoais;
→ reorientação do sistema de saúde.

❑ Saúde = recurso para a vida e não o objetivo de viver.

❑ Promoção de saúde → não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde.

(BRASIL, 2002; BUSS, 2003; TEIXEIRA e SOUZA, 2008)

Classificação de restaurantes

Los Angeles → pioneira em classificação de restaurantes;

→ iniciou em 1998;
→ classificação por letras;
→ avaliação do programa: pontuação nas inspeções cresceu, número de interdições diminuiu e estabelecimentos de maior risco foram vistoriados mais vezes.



Nova Iorque → programa "Restaurant Grading";

→ iniciou em 2010;
→ informar a população sobre o resultado de inspeção, melhorando as condições sanitárias dos restaurantes;
→ avaliação do programa: pesquisa com usuários – 81% observam a classificação dos restaurantes e desses 88% levam essa classificação em consideração.



Reino Unido → programa "Food Hygiene Ratings";

→ iniciou em 2010;
→ classificação em 0 a 5 pontos.



Brasil → categorização de bares, lanchonetes e restaurantes;
→ iniciou em 2014;
→ não atingiu todos os capitais.



(FIELDING; AQUINO; PALACIOLOS, 2002; NYC HEALTH, 2012; FSA, 2015; BRASIL, 2016)

Coprodução de Serviços Públicos Origens

Novas formas de prover serviços → desafiando os padrões tradicionais.

Coprodução → articulada pela primeira vez por Elinor Ostrom - Universidade de Indiana - anos 1970 - coprodução como a participação de usuários de certo bem ou serviço na sua produção, em articulação com os produtores regulares dos mesmos.

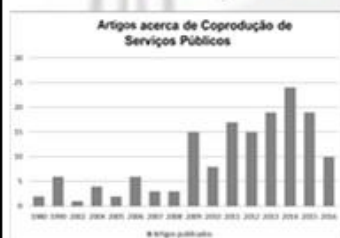
Anos 1980 → publicações traziam a necessidade de um novo entendimento sobre a participação do cidadão nos serviços públicos.

Anos 1990 → cresce a publicação de artigos sobre o tema - discutindo o conceito e relatando práticas de sucesso.

Anos 2000 → reexame da teoria e prática em administração pública – renascimento da coprodução.

(SHARP, 1980; WHITTAKER, 1980; PARKS, et al., 1981; BRUDNEY; EVGLAND, 1983; UCHT, 1994; OSTROM, 1996; LAM, 1996; MACE, 1997; ALMOND, 1998; SOYLE e HARRIS, 2009; DENHARDT; DENHARDT, 2011; PESTONIA, 2012; CLARK; BRUDNEY; JANG, 2013; DE MATTEA; ZAPPELINI, 2014)

Coprodução de Serviços Públicos Produção Acadêmica Internacional



País	Nº de artigos
Reino Unido	43
Estados Unidos	21
Holanda	15
Austrália	10
Suécia	9
Itália	8
Canadá	4
China	4
Espanha	4

Periódico	Nº de artigos
Public Management Review	15
International Review of Administrative Sciences	7
Voluntas	7
Public Administration Review	6
Australian Journal of Public Administration	4

Autor	Nº de artigos	País de origem do autor	Período das publicações
Victor Paskoff	8	Suécia	2006-2014
Teco Brandsen	7	Holanda	2006-2016
Stephan Crabome	5	Reino Unido	2004-2016
Joost Meedema	4	Holanda	2014-2016
Tony Bovard	4	Reino Unido	2007-2016

Coprodução de Serviços Públicos

Definições

Autor(es)	Definição
Brudney e England, 1983, p.59.	A combinação de atividades em que servidores e cidadãos contribuem para a provisão de serviços públicos.
Ostrom, 1996, p.1073.	O processo no qual os recursos utilizados para a produção de um bem ou serviço tem contribuição de indivíduos que não estão "dentro" da mesma organização.
Pestoff, 2006, p.2.	O envolvimento cidadão na provisão de serviços públicos.
Bovaird, 2007, p.847.	A provisão de serviços públicos por relações regulares e de longo prazo entre os provedores profissionais do serviço e os usuários ou outros membros da comunidade, onde todas as partes fazem substanciais contribuições.
Salm, 2014, p.42.	Uma estratégia que permite a produção de bens e serviços públicos por meio do compartilhamento de poder e responsabilidades entre agentes públicos, agentes privados e cidadãos.
Osborne, Radnor e Strokosch, 2016, p.640.	O envolvimento voluntário ou involuntário dos usuários de serviços públicos seja no design, gerenciamento, entrega e/ou avaliação dos serviços públicos.

Coprodução de Serviços Públicos

Tipos

	Profissionais como únicos planejadores do serviço	Usuários e comunidade como coplanejadores	Não há recursos de profissionais do planejamento
Profissionais como únicos atuantes na entrega do serviço	Tradicional provisão de serviços pelos profissionais.	Tradicional provisão de serviços pelos profissionais com os usuários envolvidos em seu planejamento e desenho.	
Profissionais, usuários e comunidade atuantes na entrega do serviço	Usuários e comunidade corealizam serviços desenhados pelos profissionais.	Total coprodução entre profissionais e usuários.	Usuários e comunidade corealizando serviços, pouco planejados formalmente, com os profissionais.
Usuários e comunidade como únicos atuantes na entrega do serviço	Usuários e comunidade realizam serviços planejados pelos profissionais.	Realização, pelos usuários e comunidade, de serviços coplanejados e codesenhados.	Tradicional provisão auto-organizada de serviços pela comunidade.

(BOVAIRD, 2007)

Coprodução de Serviços Públicos Tipos

	Implementação	Desenho e Implementação
Complementar	Coprodução complementar na implementação	Coprodução complementar no desenho e implementação do serviço
Não Complementar	Coprodução na implementação de serviços primários, essenciais	Coprodução no desenho e implementação de serviços primários, essenciais

(BRANDEN; HON/NGH, 2016)

Coprodução de Serviços Públicos

O papel dos usuários e comunidade

- atores passivos?
- essenciais para que os serviços funcionem; tem conhecimento e capacidades diversos dos profissionais; podem engajar-se em relações colaborativas.
- Precisam confiar nos profissionais, envolver-se na tomada de decisão, assumir responsabilidades, informar-se sobre os serviços, adquirir habilidades, senso de comunidade e valores compartilhados.

O papel dos servidores públicos e do Estado

Novo tipo de servidor público → profissionais que modificam suas condutas, tornando-se facilitadores.

Interesse público → deve orientar as decisões.

Não substituir o papel dos profissionais por usuários → trabalhar juntos.

(STUDNER; ENGLAND, 1988; BIRCHALL; SIMMONS, 2004; PESTOFF, 2006; SOVAINO; LOEFFLER, 2012; KLEIN JR. et al., 2012; SECCHI, 2015)

Coprodução de Serviços Públicos

Potenciais vantagens

- Melhor efetividade e a eficiência dos serviços
- Maior eficiência econômica
- Cidadão pode adquirir novos conhecimentos e habilidades
- Maior autonomia e empoderamento cidadão
- Aumento do senso de pertencimento a uma comunidade
- Benefícios para a resolução de problemas, mas também efeitos sociais e pessoais.
- Infinitas possibilidades de inovação nos serviços públicos.
- Aumento da legitimidade das ações.

(ROBERTS, 2004; FAYO, 2006; SOYLE, HARRIS, 2009; SCHONNIET et al., 2011; YANG, 2011; SOVIARD, JOEPLER, 2012; KLEN JR et al., 2012; PESTOFF, 2012; SCHONNIET, 2015; DE MARTIA, TAPPELIN, 2014; LAM, YANG, 2014; SOVIARD et al., 2015; ROBERTO, ANDION, SURINO, 2015; SUCHPONGPACHA, WONGPREEDE, 2015; SKANDSEN, HOIVINGH, 2016)

Coprodução de Serviços Públicos

Potenciais barreiras

- ☐ Cidadãos não sabem como fazer, não querem fazer, ou não dão importância a tentar;
- ☐ Comunidades heterogêneas → diferentes interesses;
- ☐ Resistência inicial dos profissionais → não confiam nos cidadãos;
- ☐ Participação sem compartilhamento de poder → processo frustrante para o cidadão.

(LAM, 2006; ARNSTEIN, 2002; ROBERTS, 2004; SOVIARD, 2007; BIER et al., 2010; VERSCHURE, SKANDSEN; PESTOFF, 2012; OSBORNE, RADON, NAB, 2013; THIJSEN; VAN DOORNEN, 2016)

Coprodução de Serviços Públicos Perspectivas dos estudos

- Definição padronizada do termo coprodução;
- Medir a eficiência dos serviços coproduzidos;
- Realizar pesquisas práticas sobre as motivações em coproduzir;
- Discutir: é possível produzir qualquer serviço público sem a coprodução dos mesmos?

(VERSCHUREN; BRANDESEN; PESTOFF, 2012; DE WITTE; DEIS, 2013; GISSBORNE; RADNOR; STROUDSCH, 2008; VAN BUK; STEEN, 2008)

Coprodução de Serviços Públicos Em serviços de saúde

- ❑ Número de pessoas que necessitam de cuidados aumenta → número de pessoas em idade produtiva diminui;
- ❑ Ações alinhadas com o conceito de promoção de saúde;
- ❑ Usuários permanecem como “externos” aos sistemas de saúde;
- ❑ Pacientes como passivos → pacientes proativos e coprodutores da sua própria saúde.

(HYDE; DAVIES, 2004; DUNSTON, et al., 2009; CHIARELLA; SADIQ; MCINNES, 2010; HONKA; et al., 2011; OTTMANN; et al., 2011; SINGARALA; NEARY, 2013; MARSTON; et al., 2014)

Coprodução de Serviços Públicos Experiências em saúde

❑ Reino Unido:

→ Sure Start

→ Drink a little less, see a better you!

→ The Food Train

→ Envolvimento de pacientes nas inspeções sanitárias de hospitais

❑ Suécia:

→ Esther approach to healthcare in Sweden

❑ Itália:

→ Comitê de Cantinas Escolares

(UK, 2014; SOVIAKO, 2007; GOVINE, 2014; BOYLE; HARRIS, 2009; GALLI et al., 2014)

Desenvolvimento da pesquisa

→ Proposta de trabalho para enfrentamento das DCNT pela fiscalização sanitária de alimentos.

→ Necessário coproduzir!

→ Com quem coproduzir? Fiscais, especialistas, estabelecimentos atingidos e consumidores.

→ Design science = pesquisa interativa - resultados inesperados.

→ Estabelecido cronograma de 6 encontros – outubro/2015 à março/2016.

→ Convite aos fiscais e nutricionistas.

Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de restaurantes

5 áreas para inspeção:

→ Utensílios e equipamentos disponíveis na cozinha;

→ Matérias-primas utilizadas;

→ Produtos expostos ao consumidor;

→ Ambiente;

→ Documentos.

Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes Tipo Buffet

Item	Área	Conteúdo	Pontuação		
			1.1	X	-
1.1	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Utiliza somente panelas de cerâmica ou inox		2	
1.2	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Presença de forno combinado		6	
1.3	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Ausência de fritadeira		8	
1.4	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Presença de grelha		2	
2.1	Matérias-primas utilizadas	Tem hora própria para cultivo de temperos no estabelecimento		3	
2.2	Matérias-primas utilizadas	Faz controle de saturação do disco de fritura utilizando fita de monitoramento da saturação da grelha ou tem controle de temperatura do disco de saturação do disco de fritura utilizando o de acordo com o uso de forma padronizada, acordo com Procedimento Operacional Padrão		4	

Símbolo da Certificação e Classificação em Qualidade Nutricional



Resultados

❑ Avaliação dos fiscais e especialistas:

→ Pontos fortes:

roteiro bem elaborado,
discussões entre fiscais e nutricionistas,
formato objetivo das reuniões,
tempo para amadurecimento das ideias,
teste prático do roteiro,
envolvimento dos gestores de restaurantes.

→ Fragilidades:

difficuldade de agenda,
falta das representações de restaurantes,
controvérsias pela grande quantidade de estudos,
quase ausência de participação dos consumidores.

❑ Avaliação dos gestores de restaurantes:

→ certificação é uma forma de destacar o estabelecimento perante outros;

→ incentiva o oferecimento de refeições mais equilibradas;

→ mais opções de alimentação saudável fora de casa.

Conclusão

❑ Sugestões para próximos estudos:

→ Realizar teste prático com o instrumento antes de sua finalização;

→ Utilizar diversas formas de abordagem para atrair os atores-chave para a discussão;

→ Elaborar mapeamento da produção sobre coprodução e experiências desenvolvidas no Brasil.

❑ Próximos passos:

→ Regularizar e implementar a certificação e classificação de restaurantes;

→ Divulgar e envolver a população na utilização e aprimoramento da proposta.