

**PROJETOS APLICATIVOS DO CURSO DE  
GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
(GVISA) 1ª edição**

**Área de competência “Educação  
na vigilância sanitária”**

## Sumário

	<b>Título do Projeto aplicativo</b>
1.	Visa na perspectiva da integralidade atuação da vigilância sanitária frente às altas taxas de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.
2.	Comunicação e participação social: construindo as bases para as ações de comunicação social na vigilância sanitária do Distrito Federal.
3.	Dificuldade de comunicação da vigilância sanitária com a população.
4.	Intersetorialidade: Uma proposta para fortalecer as ações de vigilância sanitária no contexto da vigilância em saúde.
5.	Plano de educação permanente em vigilância sanitária nos municípios da 2ª regional de saúde metropolitana do Paraná
6.	Programa de educação permanente em visa para região metropolitana do Recife.
7.	Voz da saúde: proposta de comunicação radiofônica para discussão de riscos sanitários em unidades de saúde da rede SUS - BH

**ANA VALÉRIA DE ALMEIDA CARLI  
ANDREA CRISTINE PERRY  
CARLA SIMONE BAGGIO BERNARDINIS  
ELAINE DE CASTRO NEVES  
FERNANDA LOUISE VOOS  
GISELLE KOSIAK POITEVIN PIRIH  
MARCOS VALÉRIO DE FREITAS ANDERSEN  
MARILDA FRANÇA GIMENES ZANONI**

**VISA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

**ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA FRENTE ÀS ALTAS TAXAS DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR.**

**CURITIBA  
2012**

ANA VALÉRIA DE ALMEIDA CARLI  
ANDREA CRISTINE PERRY  
CARLA SIMONE BAGGIO BERNARDINIS  
ELAINE DE CASTRO NEVES  
FERNANDA LOUISE VOOS  
GISELLE KOSIAK POITEVIN PIRIH  
MARCOS VALÉRIO DE FREITAS ANDERSEN  
MARILDA FRANÇA GIMENES ZANONI

VISA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA FRENTE ÀS ALTAS TAXAS DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR.

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto  
Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para  
certificação como especialista em Gestão da  
Vigilância Sanitária.

Orientadora: Jaqueline Shinnæ de Justi

CURITIBA  
2012

Ficha Catalográfica  
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Ana Valéria de Almeida Carli, Andrea Cristine Perry, Carla Simone Baggio Bernardinis, Elaine de Castro Neves, Fernanda Louise Voos, Giselle Kosiak Poitevin Piri, Marcos Valério de Freitas Andersen, Marilda França Gimenes Zanoni.

Atuação da vigilância sanitária frente às altas taxas de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Curitiba, 2012.

61 p.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Atuação da Vigilância Sanitária frente às taxas de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.

G333

Aos idosos de nossas vidas, com todo nosso amor,  
respeito e admiração.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer vem do Latim *gratus*, “o que agrada ou que reconhece um agrado”.

Reconhecemos, nós, o agrado do saber, o agrado de participar, o agrado do conhecer. Agradecemos a dádiva da vida, da saúde e da oportunidade oferecida.

Cada um em seu próprio coração reconhece em si o esforço, a dedicação e a satisfação pelo trabalho bem realizado e finalizado, fonte de saber e informação que cria e transforma para o bem.

Agradecemos aquilo que fomos quando começamos, e o que pelo tempo transcorrido, jamais voltaremos a ser. O conhecimento nos mudou, deixamos de ser o passado, para termos a visão do que acontece agora, estimulados a desenhar o futuro.

Humildemente nos curvamos aos mestres, que compartilham o que lhes é tão valioso e reverenciamos nosso respeito a todos os amigos e conhecidos que nos acompanharam nesta trajetória.

À nossa família retornamos de braços abertos e coração repleto de saudades, para com atenção redobrada tentarmos compensar todo o tempo ausente.

Agradecemos aos pais, aos filhos, aos companheiros, àqueles que agora chegaram e aos que, independente de nosso desejo e amor, já partiram.

Agora precisamos prosseguir, pois a semente que a nós foi entregue está madura e deve ser semeada. Passaremos aos próximos a honra de colherem os frutos. Deste processo, somos apenas contribuintes, não queremos a glória, queremos apenas um futuro melhor.

Agradecemos nossos dias de trabalho pesado, de dedicação exclusiva, de corpo cansado, mente exausta e espírito abatido. Tudo passou e a tarefa cumprida é toda ela energia que nos deixa revigorados e nos faz novamente sorrir.

Agradecemos porque agora já podemos ir em frente. Há outras estradas as quais precisamos percorrer.

Na despedida, agradecemos ao universo saudando o Deus de cada um, que em cada um habita dizendo apenas uma palavra: - “Namastê!”

O Deus que em mim habita, saúda o Deus que habita em você.

*“Porque 99 não é 100.”*

*(Filme O Lixo Extraordinário, de Vik Muniz, 2011).*

## RESUMO

A construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) reafirmou a Vigilância Sanitária (VISA) no campo de Saúde Pública e foi o documento base para a análise das propostas de integração das suas ações com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a integralidade. Esta integralidade é destacada como um valor que supera um projeto restritivo em direção a um projeto político emancipador, sendo um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde. No Brasil, a saúde do idoso teve sua importância oficialmente reconhecida ao ser pautada como uma das diretrizes operacionais necessárias a consolidação do SUS, no Pacto pela Vida (2006). O rápido aumento deste grupo etário traz novas demandas e desafios às políticas públicas. Para avaliação e monitoramento das ações voltadas a atenção integral da saúde da pessoa idosa, o Ministério da Saúde utiliza o indicador “taxa de internação por fratura de fêmur em pessoa idosa”. O objetivo deste trabalho é o de elaborar um projeto aplicativo direcionado ao problema da alta taxa de internação em idosos por fratura de fêmur, cujas ações de vigilância sanitária sejam planejadas na perspectiva da integralidade, abrangendo estratégias de três focos de gestão: da educação, do risco sanitário, do trabalho, todos permeados pela participação social. O projeto foi elaborado segundo as diretrizes de MATUS (1996) para planejamento estratégico situacional (PES). O presente trabalho ainda não possui resultados, em razão de ser apenas uma proposição. Mas, como foi apresentado e construído, percebe-se que há possibilidade real e concreta de avançar na perspectiva da “nova vigilância sanitária”. Este projeto aplicativo propõe ações relativamente simples e baratas, em que a grande mudança consiste na concepção do trabalho de VISA.

**Palavras-chave ou unitermos:** saúde do idoso. queda. fraturas do fêmur. vigilância sanitária. integralidade.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Objetivo Geral .....	22
3.2	Objetivos Específicos .....	22
4	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	22
4.1	Planejamento Estratégico Situacional.....	22
4.1.1	Momento Explicativo .....	23
4.1.2	Momento Normativo.....	23
4.1.3	Momento Estratégico .....	23
4.1.4	Momento Tático-Operacional.....	23
4.2	<i>Checklist</i> como Proposta de Intervenção.....	25
5	DESENHO DO PLANO.....	26
5.1	Análise Situacional .....	26
5.2	Nós Críticos.....	28
5.3	Formulação da Situação Desejada .....	29
5.4	Plano de Ação .....	29
5.4.1	Identificação das frentes de ação para o problema .....	30
5.4.2	Desenho das Operações .....	35
5.4.3	Identificação das demandas frente a outros atores .....	41
5.4.4	Avaliação das operações .....	41
5.4.5	Orçamento das operações.....	43
5.4.6	Cronograma das operações.....	45
5.4.7	Construção dos cenários .....	49
5.4.8	Análise e Construção da Viabilidade .....	50
	CONCLUSÃO.....	57

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Vigilância Sanitária (VISA) assume um amplo escopo de ações diferenciado em relação a outros países. Seu arcabouço institucional também tem peculiaridades, com destaque para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem possibilitado avanços nas formas de gestão da vigilância.

Atualmente, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) brasileiro possui os seguintes componentes: no nível federal, a ANVISA e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e tecnicamente à ANVISA; no nível estadual, os 27 órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde, que contam com um suporte de laboratório em cada estado, com grandes diferenças de capacidade analítica; e no nível municipal, os serviços de vigilância sanitária, que variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa. Tradicionalmente, a VISA trabalha com o conceito de território como divisão políticoadministrativa, ou seja, jurisdição, o que é necessário pelo componente fiscal de sua ação. Nesse sentido, é possível a ocorrência simultânea de ações das três esferas de governo numa mesma localidade. Ao considerar a baixa cobertura das ações de VISA, as diversidades locais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção, foi apontado que um “elenco básico” de vigilância sanitária deve ser construído e pactuado locoregionalmente. Esse elenco básico, portanto, precisa não apenas incluir ações importantes para o desenvolvimento do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, mas assegurar, dentro do princípio da complementaridade, a efetividade da ação da VISA, para contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Assim, a definição de um elenco básico de ações difere substancialmente do chamado elenco mínimo encarado como a “oferta obrigatória”, a totalidade de ações a serem desenvolvidas pelos municípios.

Nesse contexto, pressões para reformulação do sistema sanitário nacional culminaram com a ocorrência da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Diante desse quadro, uma das reivindicações da conferência foi a criação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, o PDVISA, que é um plano integrado às demais ações de saúde desenvolvidas no SUS. A função do PDVISA era estabelecer diretrizes para a solução de alguns problemas inerentes à atuação da VISA no Estado, com o objetivo de fortalecer o sistema e garantir uma política norteadora no intuito de transformar, de modo positivo, o contexto sanitário nacional. Portanto, a construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária reafirmou a VISA no campo da Saúde Pública e foi o documento base para a análise das propostas de integração das ações de VISA com os princípios do SUS. As diretrizes do PDVISA estão dispostas por eixos. O eixo III enfoca a VISA no contexto da atenção integral

à saúde. Além de ações assistenciais, esperam-se ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos, incluindo o consumo de bens e serviços e interações com o ambiente de trabalho e o ambiente de vida, ações próprias do campo da vigilância sanitária. Essa ampliação do modo de atuação da VISA é fundamental, já que ainda constatamos ações não pautadas no caráter preventivo, adotadas mediante a ocorrência de um agravo ou denúncia quanto à iminência do risco, o que frustra terminantemente a proposta constitucional do sistema.

É necessário que se tenha clareza de que os limites da construção da integralidade estarão relacionados em grande medida à permeabilidade das instituições públicas e sociais aos valores democráticos defendidos no texto constitucional. Essa permeabilidade supera a definição de “papéis” por nível federativo. O estilo de gestão, a cultura política e os programas de governo, quando porosos a esses valores, elevam possibilidades de surgimento de um agir em saúde capaz de renovar e recriar novas práticas, mediante a inclusão de diferentes conhecimentos, fruto das interações possíveis. Há efetivação da integralidade da atenção como um valor democrático, constituindo-se em um verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS.

COSTA (2001) apresenta, de forma esquemática, a “nova vigilância sanitária”, em oposição à tradicional. O sujeito da ação deixa de ser o fiscal para incorporar a equipe de saúde/vigilância sanitária, representante das distintas instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da população organizada. O objeto de ação evolui de produtos e serviços para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida. Os meios tradicionais de trabalho não são mais fundados em inspeção, fiscalização, *blitz*, e sim em tecnologias sanitárias ampliadas e tecnologias de comunicação social. As formas de organização dos processos de trabalho ultrapassam o gerenciamento por áreas (produtos, serviços) e atendimento à demanda espontânea. São mais integrais na medida em que promovem a integração setorial e ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis. A integralidade é destacada como um valor que supera um projeto de saúde restritivo em direção a um projeto político emancipador, sendo um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde.

O'DWYER, REIS e SILVA (2010) destacam três sentidos principais da integralidade que deveriam ser incorporadas pela VISA:

- Prioridade ao interesse coletivo, em detrimento ao individual, no qual se entende que o encontro profissional-paciente inclui ações de prevenção e não se reduz ao tratamento do “doente”.

- Organização dos serviços e das práticas de saúde a partir da lógica da incorporação de novas necessidades, favorecendo o olhar abrangente e propiciando a inovação das estratégias de trabalho, com atuação interdisciplinar e multiprofissional.
- Combinação entre ações assistenciais e de prevenção para as respostas governamentais frente aos problemas de saúde às necessidades de grupos específicos.

No Brasil, a saúde do idoso teve sua importância oficialmente reconhecida ao ser pautada como uma das diretrizes operacionais necessárias à consolidação do SUS, no Pacto pela Vida (Portaria nº 399/GM/MS de 22 de fevereiro de 2006) do Ministério da Saúde. Por apresentar impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, a implantação da política nacional da pessoa idosa foi pactuada em âmbito tripartite como um dos focos de ação prioritários para a melhoria da saúde, ao lado da redução do câncer de mama e colo uterino e da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006a).

Assim, a partir de 2006, passou a ser compromisso público que a saúde do idoso e suas estratégias de cuidado integral estivessem entre os pontos de análise de situação de saúde e de proposição de políticas de todas as esferas de gestão do SUS, uma vez que o Pacto pela Vida representaria “um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (BRASIL, 2006a).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 8).

O maior desafio na atenção à pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 9).

Os idosos caracterizam-se pela presença de múltiplas doenças, em geral crônicas, heterogeneidade, uso de múltiplos medicamentos, apresentação atípica de doenças, possibilidade da presença das grandes síndromes geriátricas, risco de perda da autonomia e independência, demandas sociais e psicológicas específicas, necessidade de cuidados

em diferentes níveis de atenção (ambulatório, domicílio, hospital, instituições de longa permanência, centros dia e de convivência).

Tais características necessitam ser bem conhecidas pelos profissionais da saúde, para ser oferecida assistência adequada, que diferentemente das populações mais jovens, objetiva basicamente a manutenção da autonomia, independência e da qualidade de vida, e não a cura de doenças. Ressalte-se ainda que o modelo de saúde vigente, centrado na doença, fragmentado e hospitalocêntrico é inadequado à população idosa, que requer atendimento integral e integrado, oferecido por equipe interdisciplinar, com base em avaliação ampla e que considere, além dos aspectos físicos, as variáveis psicossociais e econômicas (PARANÁ, 2011).

O rápido aumento deste grupo etário traz novas demandas e desafios às políticas públicas em uma sociedade que hoje se concentra nas grandes metrópoles e com agregados familiares e modos de vida pouco continentais às demandas familiares.

Nos idosos, as fraturas de fêmur são secundárias a quedas em 90% das vezes. Tal indicador foi escolhido por refletir a ocorrência de quedas que, em geral, são eventos multifatoriais, passíveis de prevenção e cuja abordagem adequada exige ampla consideração da saúde dos idosos. (PARANÁ, 2011).

## 2 JUSTIFICATIVA

No pacto de indicadores de gestão do SUS foi priorizado o monitoramento das internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos e se enfatizou a necessidade de ações afirmativas no sentido da prevenção para a redução de quedas.

Em sua última revisão, o Pacto pela Vida (2010-2011) reafirmava a atenção à saúde do idoso como uma de suas onze prioridades (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparativo entre as prioridades do Pacto pela Vida pactuadas para o biênio 2010-2011 e as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde para os planos de saúde, estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015.

PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA (2010-2011)	DIRETRIZES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA OS PLANOS DE SAÚDE (2012-2015)
I – Atenção à saúde do idoso;	Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada;
II - Controle do câncer do colo do útero e da mama;	Diretriz 2 – Aprimoramento da rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento/UPA, de serviços de atendimento móvel de urgência/SAMU, de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção;
III - Redução da mortalidade infantil e materna;	Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade;
IV- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;	Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas;
V - Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável;	Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção;
VI - Fortalecimento da Atenção Básica;	Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais;

VII - Saúde do Trabalhador;	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde;
VIII - Saúde Mental;	Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;
IX – Fortalecimento da capacidade de respostas do sistema;	Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde;
X – Atenção integral às pessoas em situação de risco de violência de saúde às pessoas com deficiência;	Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde;
XI - Saúde do homem.	Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde;
	Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável;
	Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS;
	Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da política externa brasileira;

Tabela construída pelos autores.

O Decreto nº 7.508/2011 regulamentou aspectos da Lei nº 8.080/1990 quanto à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto ao planejamento e assistência à saúde e quanto à articulação interfederativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A Lei Complementar nº 141/2012 definiu o que é gasto com saúde, o percentual que cabe a cada um dos entes federativos e como é feito o rateio dos recursos da União vinculados à saúde (ANVISA, 2012). Essas novas regulamentações exigem readequações nos modelos de gestão da saúde pública.

Face às exigências do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), regulamentado pelo Decreto nº 7.508/11, o desafio atual dos governos é estruturar a substituição das prioridades do Pacto pela Vida pelas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS para os planos de saúde, as quais estão contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no PPA 2012-2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A quinta diretriz, das quatorze diretrizes aprovadas pelo CNS, corresponde à “Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção”. Assim, percebe-se que a integralidade das ações voltadas à saúde da pessoa idosa não se constitui apenas em uma necessidade da sociedade, mas, uma exigência regulatória aos governos de todas as esferas.

Para avaliação e monitoramento das ações dos Estados voltadas à atenção integral da saúde da pessoa idosa, o Ministério da Saúde utiliza o indicador “taxa de internação por fratura de fêmur em pessoas idosas”. Este indicador avalia o impacto das ações de saúde relacionadas à prevenção de quedas, osteoporose e fraturas inseridas na política de atenção integral à saúde da pessoa idosa, com foco na atenção primária, priorizada no pacto pela vida. É importante considerar que se trata de um indicador de monitoramento recente cujas ações, que são amplas e intersetoriais, dependem de maior tempo para produzir impacto.

O uso do indicador justifica-se por analisar as variações geográficas e temporais nas taxas de internações hospitalares por fratura de fêmur em pessoas idosas. Por meio dessa análise, objetiva-se desenvolver ações de prevenção específicas e avaliar o nível de impacto sobre os fatores de risco do agravo em questão.

A meta de redução de 2% recomendada pelo Ministério da Saúde pode ser difícil de ser atingida, em caso de não se ter clareza da tendência e dinâmica do comportamento do indicador e do impacto das políticas públicas sobre ele.

A pactuação dessa meta foi proposta para os estados, para as capitais e para os municípios com 500 mil habitantes ou mais, considerando a maior capacidade instalada e maior incorporação da política de saúde da pessoa idosa na atenção básica nesses âmbitos, além de evitar o viés dos pequenos números.

Para os municípios menores, recomenda-se também monitorar seus indicadores e números absolutos e, em função do menor volume, a investigação caso a caso, o que permitiria a qualificação do indicador.

O indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por fratura do fêmur (CID10S 72) na população com 60 anos ou mais de idade, registrada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. É calculado pela razão entre o número de

internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência, identificado pelo CID 10 S72, e o total da população com 60 anos ou mais, no mesmo período de tempo e local, multiplicado pela base 10.000.

### **As limitações do indicador**

- A baixa qualidade dos dados, por se tratar de um sistema de informação concebido essencialmente com finalidade de faturamento.
- A implantação da tabela unificada (alteração dos códigos de procedimentos com cobertura no SUS), em 2008, quando o sistema apresentou algumas inconsistências, em particular no primeiro trimestre.
- A magnitude da morbidade relacionada às internações hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é condicionada pela oferta de serviço e pela população SUS dependente.
- Sistema de informação utilizado pode apresentar inconsistências na classificação do procedimento e na causa de morbidade informada.
- As reinternações irão computar novamente as internações que podem estar relacionadas a novos procedimentos cirúrgicos ou com complicações clínicas.
- Demanda reprimida para procedimentos ortopédicos hospitalares também se pode refletir em menores indicadores que não estariam relacionados a uma melhor situação de saúde para as pessoas idosas.

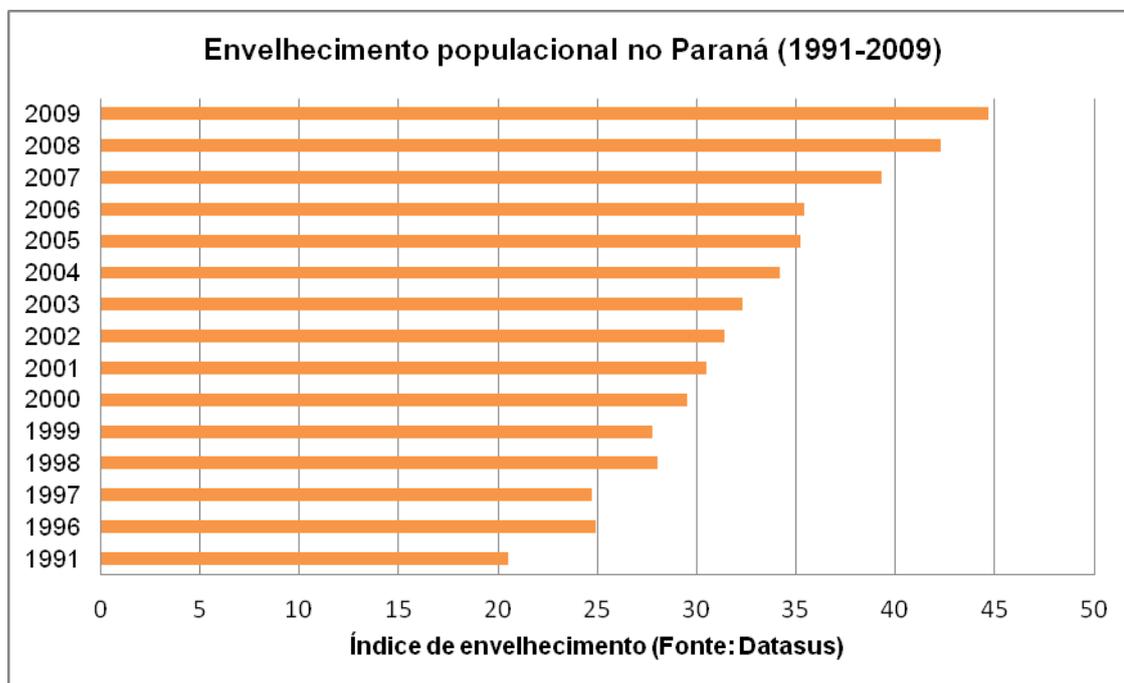
Historicamente tem havido dificuldade em se atingir a meta deste indicador no Paraná, provavelmente em razão da característica multifatorial das quedas, da dependência do fator cultural e econômico para mudança de hábitos e da necessidade de correção de fatores de risco ambientais, além da necessidade de inserção da abordagem das quedas na rotina das equipes de saúde (PARANÁ, 2011).

Outro fator que dificulta o atingir esta meta é o envelhecimento populacional crescente, o que pode ser visualizado no Gráfico 1 (abaixo). O índice de envelhecimento para o estado paranaense foi mais do que duplicado de 1991 a 2009, passando de 20,5 a 44,7, respectivamente, segundo dados do DATASUS.

O Censo 2010 mostrou que, naquele ano, os idosos já representavam 11,2% da população total paranaense, com um contingente de 1.170.955 indivíduos, sendo que, para cada grupo de 100 crianças com idades entre zero e quinze anos, havia aproximadamente 49 idosos (Índice de Envelhecimento = 49), demonstrando um progressivo incremento dessa população nas últimas décadas. Diante desta realidade, o objetivo deixa de ser apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a manutenção da capacidade funcional de cada

indivíduo, de forma que ele permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Portanto, estimativas revelam que este crescimento da população idosa implicará diretamente nos serviços de saúde e assistência social (PARANÁ, 2011).

Gráfico 1 – Índice de envelhecimento do Paraná de 1991 a 2009.



A queda representa um grande problema para as pessoas idosas, dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são resultado da combinação de alta incidência e alta susceptibilidade a lesões.

Conforme um consenso desenvolvido pela Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção de tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade (ALVARES & SILVA, 2010).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a queda é uma causa externa e suas consequências para as pessoas idosas no Brasil têm assumido dimensão de epidemia (PORTAL DA SAÚDE-SUS, 2009).

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Esta taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e para 50% entre os que residem em ILPIs (Instituição de Longa Permanência para Idosos). As mulheres tendem a cair mais que homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após 1 ano (BRASIL, 2007).

Estudos indicam que aproximadamente um terço da população idosa com 65 anos ou mais experimenta um episódio anual de queda, dos quais 5-10% sofrem de fratura severa (COUTINHO, et al., 2012).

As quedas em pessoas idosas estão relacionadas a questões do próprio idoso (instabilidade postural, polifarmácia e osteoporose), aos riscos no domicílio e aos riscos do ambiente externo. Após a primeira queda, aumenta muito o risco de cair novamente e, por medo de cair, os idosos diminuem sua mobilidade e sociabilidade e sabe-se que em torno de 13% das pessoas idosas são “caidores” recorrentes.

### **Causas e Fatores de Risco de Quedas**

As causas mais comuns relacionadas às quedas de pessoas idosas na comunidade são:

- Relacionadas ao ambiente.
- Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha.
- Tontura/vertigem.
- Alteração postural/hipotensão ortostática.
- Lesão no Sistema Nervoso Central (SNC).
- Síncope.
- Redução da visão.

Os fatores de risco podem ser divididos em intrínsecos e extrínsecos:

**Fatores intrínsecos:** decorrem das alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, da presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso. Podem ser citados:

- Idosos com mais de 80 anos;
- Sexo feminino;
- Imobilidade;
- Quedas precedentes;
- Equilíbrio diminuído;
- Marcha lenta e com passos curtos;
- Baixa aptidão física;
- Fraqueza muscular de membros superiores e inferiores (hand grip);
- Alterações cognitivas;
- Doença de Parkinson;
- Polifarmácia;

- Uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

**Fatores extrínsecos:** relacionados aos comportamentos e atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente. Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas representam os principais fatores de risco para quedas.

A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não são problemas para pessoas idosas mais saudáveis podem transformar-se em séria ameaça à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.

As mulheres se expõem mais aos riscos ambientais ficando mais vulneráveis à ocorrência de osteoporose, o que facilita a ocorrência de fraturas e, finalmente, vivem em média sete anos a mais do que os homens, fatores estes que podem explicar as taxas femininas mais elevadas (BRASIL, 2007). De qualquer forma, a análise deste indicador e a projeção do seu resultado para 2011, apontam para a necessidade de intensificação de ações de prevenção de quedas e osteoporose, entre mulheres idosas.

A quantidade de internações aumenta a cada ano e as mulheres são as mais atingidas. Entre as mulheres foram 20.778 mil internações em 2009 e entre eles 10.020 mil (dados até outubro). Em 2001, esses números eram bem menores, 15 mil internações do sexo feminino e 7 mil do sexo masculino (PORTAL DA SAÚDE-SUS, 2009).

Os casos de fraturas relacionadas a quedas são um importante problema de saúde pública na população idosa devido a seus efeitos na vida dos pacientes e às consequências econômicas decorrentes destes incidentes.

A cada ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem gastos crescentes com tratamentos de fraturas em pessoas idosas. Em 2009, foram R\$ 57,61 milhões com internações (até outubro) e R\$ 24,77 milhões com medicamentos para tratamento da osteoporose. Em 2006, foram R\$ 49 milhões e R\$ 20 milhões respectivamente. Para promover a saúde do grupo populacional o Ministério da Saúde chamou as secretarias estaduais e municipais de saúde a realizarem esforços conjuntos para redução das taxas de internação por fratura do fêmur na população idosa (PORTAL DA SAÚDE-SUS, 2009).

A prevenção de quedas como uma política de saúde já havia sido assinalada no Pacto pela Saúde do SUS com a saúde do idoso elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. No pacto de indicadores de gestão do SUS foi priorizado o monitoramento das internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos e se enfatizou a necessidade de ações afirmativas no sentido da prevenção para a redução de quedas.

O sistema de financiamento estabelecido no Pacto pela Saúde ordena que ocorra repasse dos recursos federais aos estados através de “blocos de financiamento”. Os recursos destinados às ações de vigilância sanitária são transferidos para o bloco “vigilância em saúde”, sendo que sua utilização é compartilhada com a vigilância epidemiológica e ambiental, obtendo a VISA recursos específicos provenientes de taxas. Cabe aos gestores de VISA direcionarem os recursos arrecadados ao cumprimento das metas previstas em seus planos de ação, os quais devem representar documentos de gestão cujos pilares para sua construção espelham-se nas diretrizes operacionais do Pacto pela Vida. Assim, a projeção de estratégias, metas e resultados estaria em concordância com cada território, sem desrespeito às prioridades pactuadas em tripartite.

Atualmente, no Paraná, as ações de vigilância sanitária direcionadas à política de saúde da pessoa idosa estão concentradas nas fiscalizações às Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), sem haver correlação das informações evidenciadas à ocorrência de quedas.

A proposta deste projeto é trabalhar a integralidade das ações de VISA, em um contexto conhecido da problemática de saúde pública – no caso, a alta taxa de internação hospitalar em idosos por fratura de fêmur.

Para a indicação do município escolhido como espaço para aplicação do projeto aplicativo, em termos de projeto piloto, vários quesitos foram analisados: índice populacional segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em idosos; total da população idosa e número de ILPI.

A tabela a seguir demonstra o comparativo entre as taxas de internação hospitalar por fratura de fêmur em idosos para alguns municípios da região metropolitana de Curitiba, demonstrados entre o período de 2009 a 2011.

O município de Campina Grande do Sul, apesar da alta taxa para o indicador do Ministério da Saúde, foi descartado ao conhecer a reduzida amostra de ILPI naquele município, apenas uma unidade.

O município de São José dos Pinhais foi selecionado pelas seguintes razões:

- Ser o município mais populoso da região metropolitana de Curitiba, com 264.210 habitantes (IBGE 2011).

- Apresentar o Indicador taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em idosos acima do pactuado pelo Paraná com o MS ( $\leq 19$ ).
- Ter uma população de 19.552 habitantes com mais de 60 anos, o que representa 7,1% da população do Município (IBGE, 2010).
- Possuir 12 ILPIs em seu território (Vigilância Sanitária Municipal de São José dos Pinhais, 2012)

Tabela 2 - Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur/10.000 pessoas com 60 anos ou mais em municípios da região metropolitana de Curitiba.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Araucária	19,77	18,39	21,83
Campina Grande do Sul	28,76	30,67	40,90
Campo Magro	18,76	15,01	10,01
Curitiba	17,99	19,18	16,00
Pinhais	29,43	26,71	16,43
São José dos Pinhais	26,08	21,48	27,62

Fonte: SIHSUS/Datasus/MS.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto aplicativo objetivando a redução de fratura de fêmur, cujas ações de vigilância sanitária sejam planejadas na perspectiva da integralidade, abrangendo estratégias de três focos de gestão: da educação, do risco sanitário e do trabalho, todos permeados pela participação social.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Promover educação sanitária com ênfase na prevenção de quedas da população idosa;
- Instituir avaliação dos riscos de queda nas residências dos idosos e ILPIS;
- Incorporar a política de saúde do idoso nas ações de VISA com vistas à prevenção de quedas e outros agravos decorrentes do processo de envelhecimento.
- Promover espaços de participação social de forma organizada seja por meio dos conselhos já existentes ou outras modalidades.

### **4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O projeto foi elaborado entre o período de janeiro a julho de 2012, por equipe multiprofissional atuante em Vigilância Sanitária, com representantes das esferas municipal e estadual.

O projeto foi elaborado segundo as diretrizes de MATUS (1996) para planejamento estratégico situacional (PES).

#### **4.1 Planejamento Estratégico Situacional**

O PES é um método de planejamento por problemas, e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos que, por definição, são aqueles para os quais não existe solução normativa. Os problemas são abordados em suas múltiplas dimensões – política, econômica, social, cultural, etc., e as soluções dependem, muitas vezes de recursos em outras esferas e da interação dos diversos atores envolvidos.

Definir e formular com clareza os problemas é um dos pontos decisivos para o sucesso do plano. Uma vez formulados os problemas e encontradas as causas críticas

(também chamados nós críticos) fica mais fácil elaborar o plano de ações. O método PES prevê quatro momentos para o processamento técnicopolítico dos problemas:

#### 4.1.1 Momento Explicativo

É o momento em que se realiza a seleção, a compreensão e a análise do problema, e inclui as seguintes fases:

- Brainstorming (tempestade de idéias).
- Limpeza e agrupamento dos problemas.
- Seleção de problemas prioritários para ação.
- Técnica de Grupo Nominal (NGT).
- Matriz de Seleção de Problemas.
- Explicação ou análise dos problemas.
- Fluxograma Situacional.

#### 4.1.2 Momento Normativo

Partindo das causas críticas (nós críticos), desenha-se o plano de intervenção e são elaboradas propostas de ação, com a construção de planilhas de programação de ações.

#### 4.1.3 Momento Estratégico

É a fase de construção da viabilidade do plano. Domina esta etapa a ideia central de que o ator que elabora o plano não controla todos os recursos para sua execução. A dificuldade na construção da viabilidade do plano conduz à necessidade de criar estratégias para sustentá-la, tanto para operações que exigem cooperação como oposição e confronto.

#### 4.1.4 Momento Tático-Operacional

É a fase de gestão do plano. A gestão de um plano significa, essencialmente, a criação de um sistema de alta responsabilidade, em que as pessoas assumem compromissos de executar tarefas específicas, em tempos bem definidos. De acordo com Cecílio (1997), o sucesso na execução do plano precisa de um sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas. Enfatiza ainda a necessidade de alguns rearranjos institucionais, como gestão colegiada do plano, envolvimento de gerências formais com as operações, entre outros. Assim, espera-se que o plano contagie a vida da instituição,

influenciando inclusive a sua eventual reestruturação. Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, podendo se fundir no que poderia ser designado gestão estratégica.

O método foi disparado pela aplicação do conceito de Vetor de Descrição do Problema (VDP), que se configura como um conjunto de DESCRITORES que tornam a explicação do problema única, clara e objetiva a todos os atores envolvidos, sendo suficiente para reduzir as ambiguidades e evidenciar o que o nome do problema enuncia e não suas causas e consequências. Construiu-se uma árvore do problema, com causas e consequências relacionadas aos descritores do problema. Na sequência, foram elencados nós críticos e empregadas matrizes para o desenho do plano (INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2011).

O Planejamento Estratégico Situacional foi o método de escolha para o desenvolvimento do projeto porque permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise da viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade, no entanto é necessário delimitar o espaço do problema e o espaço de governabilidade do ator (MATUS, 1996).

Para OLIVEIRA [2008?], governabilidade é o conjunto de condições necessárias ao exercício do poder. Compreende a forma de governo, as relações entre os poderes, o sistema partidário e o equilíbrio entre as forças políticas de oposição e situação. Diz respeito à capacidade política de decidir. A governabilidade expressa a possibilidade em abstrato de realizar políticas públicas.

Um dos grandes problemas para qualquer governo é o da fragmentação de políticas públicas, isto é, a aplicação de políticas que são desenvolvidas sem coordenação. As limitações de recursos por que passam as administrações públicas, implicam em estabelecer critérios mais precisos de priorização das diversas políticas, com o objetivo de racionalizar gastos, o que torna mais problemática a fragmentação de políticas públicas.

O “planejamento tenta introduzir uma racionalidade, ajustada a critérios técnicos onde o comportamento dos atores se manifesta por vezes em conflito, negociação ou compromisso” (OSZLAK, 1980, p. 12), busca-se, assim, um comportamento favorável que transforme as políticas em ações efetivas.

A busca por convergência está centrada na identificação de elementos que possibilitem pontos de “contato” entre as diversas políticas públicas. Assim, considerando esta necessidade, o Planejamento Estratégico Situacional – PES pode atuar como elemento de integração entre as diferentes políticas e os diversos atores. Uma estrutura de governo integrada e articulada com o plano constitui um território propício para uma gestão sem improvisos.

Em relação à governabilidade, MATUS relata:

*A governabilidade do sistema não é indiferente à capacidade de governo nem à profundidade das mudanças pretendidas pelo projeto de governo (triângulo de governo). As relações de força políticas e econômicas, internas e externas, geradas em torno da equipe de governo e de seu projeto, explicam o balanço da governabilidade (1996).*

#### 4.2 Checklist como Proposta de Intervenção

A instabilidade postural e a alteração do equilíbrio e marcha aumentam o risco de quedas na população idosa e, por essa razão, devem ser sempre avaliadas. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de senso de percepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio.

A avaliação por *checklist* proposta neste projeto, busca verificar de forma sistematizada, os riscos que causam as quedas e conseqüentemente impedem o desempenho, de forma autônoma e independente das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa de acordo com o proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função das equipes de saúde. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre a Vigilância Sanitária, equipes de saúde, idoso e família.

São duas as áreas de atuação previstas neste *checklist*:

1. *Informação, Educação, Comunicação e Treinamento*: Por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável;
2. *Adequação do ambiente físico*: tornando-o mais acessível para as pessoas que possuam alguma limitação funcional.

Dessa maneira, a avaliação pelo *checklist* tem como objetivo identificar a causa que levou a queda e tratá-la, além de reconhecer fatores de risco para prevenir futuros eventos, implementando intervenções adequadas.

O profissional de saúde, ao aplicar o *checklist*, deve também questionar a ocorrência e frequência de quedas, registrando-as na planilha. Essas informações possibilitam a identificação do risco. Além disso, o profissional deve compreender as especificidades da população idosa e a própria legislação brasileira vigente. Para isso é importante:

- Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais, pois, é preciso reconhecer a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o serviço das equipes de vigilância sanitária;
- Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção à saúde;
- Investir na sua própria qualificação, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

Nas relações pessoais envolvendo a pessoa idosa, os profissionais de saúde devem considerar que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso. É importante ainda, partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante. Chamá-la por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo. Utilizar uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

## **5 DESENHO DO PLANO**

O plano possui um triplo caráter – convocação, compromisso e guia para ação prática. Já o desenho propositivo do plano compreende três idéias centrais: o plano direcional, a situação desejada e os cenários.

### **5.1 Análise Situacional**

Na análise situacional, utilizando a ferramenta *Árvore dos Problemas* (TABELA 3), foram definidas as manifestações que melhor descrevem o problema, expressando-as em forma de descritores; as causas que determinam o problema e as consequências do problema. Estabelecendo-se a cadeia multi causal entre descritores, causa e consequência.

<b>C O N S E Q U E N C I A S</b>	C4 - Diminuição da qualidade de vida dos idosos			C5 - Aumento do óbito de idosos		
	C 1.1 Aumento do implante de próteses			C 2.1/ C 3.1 Aumento do consumo de antidepressivos	C 3.2 Perda da autonomia	
	C 1.2 Aumento da hospitalização					
	C 1.3 Aumento da institucionalização					
C1 - Aumento do índice de fratura de fêmur			C2 - Aumento dos gastos do SUS	C3 - Problemas sociais		
<b>D E S C R I T O R E S</b>	D1 - 90% das fraturas de fêmur em idosos ocorrem em consequência de quedas			D2 - 50% dos que residem em ILPIs caem		
<b>C A U S A S</b>	CA. 1 - fatores ambientais	CA. 2- fatores de saúde	CA. 3- fatores socioeconômicos e culturais	CA. 4 - envelhecimento populacional progressivo	CA. 5 - O modelo de saúde vigente, centrado na doença, fragmentado e hospitalocêntrico é inadequado à população idosa	CA. 6 - Falta do cumprimento das legislações RDC n° 283/05
	CA. 1.1 - Falta de acessibilidade nos locais públicos; residências com pisos escorregadio, móveis mal distribuídos no ambiente, mobiliário inadequado, tapetes, ambientes mal iluminados e monocromáticos, escadas sem apoio lateral, degraus desenhados, animais de estimação de pequeno porte soltos pela casa, fios de extensão e objetos diversos.	CA. 2.1 - Os idosos caracterizam-se pela presença de múltiplas doenças, em geral crônicas, uso de múltiplos medicamentos, apresentação atípica de doenças, síndromes geriátricas, falta de hábitos saudáveis (práticas de exercícios físicos, alimentação e convivência); acuidade visual e auditiva diminuída.				

TABELA 3 – Árvore de Problemas

## 5.2 Nós Críticos

Cada causa elencada na Árvore do Problema é denominada “nó explicativo”. Após verificar em quais causas chaves os atores poderiam atuar, bem como as que apresentavam o maior número de relações com outras, e que sofrendo intervenção provocariam mudanças positivas nas causas com as quais estão relacionadas, teríamos os nós críticos. Porém uma causa só seria eleita como nó crítico, se cumprisse simultaneamente três condições, estabelecidas pelas seguintes questões:

- a) A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- b) A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal (mesmo que não seja pelo ator que explica)?
- c) É oportuno politicamente intervir?

Após a aplicação das questões sobre C1, C2, C3, C4, C5 e C6, foram determinados dois nós críticos principais:

- **NC 1 - Fatores ambientais**

NC 1.1 – Falta de adequação ambiental e estrutural nas ILPIs.

NC 1.2 – Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares.

- **NC 6 – Falta do cumprimento das legislações**

NC 6.1 – Descumprimento da Resolução RDC/ANVISA nº 283/2005.

NC 6.2 – Descumprimento do Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003.

Na sequência do planejamento, utilizando a TABELA 4, foram estabelecidos quais atores controlavam as variáveis dos nós críticos. Este levantamento vai auxiliar a verificar o grau de governabilidade de cada ator dentro do desenvolvimento do plano de ação.

TABELA 4 – Atores que controlam as variáveis dos nós críticos

NÓ CRÍTICO	ATORES QUE O CONTROLAM
<b>NC 1- Fatores ambientais</b>	
NC 1.1 – Falta de adequação ambiental e estrutural nas ILPI.	VISA
NC 1.2 – Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares.	ACS/ESF
<b>NC 6 – Falta do cumprimento das legislações</b>	
NC 6.1 – Descumprimento da Resolução RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.	VISA/ MP

NC 6.2 – Descumprimento do Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.	VISA
---	------

### 5.3 Formulação da Situação Desejada

Para elaboração da MATRIZ I - foram retirados os seguintes descritores (D) da árvore do problema: D1 - 90% das fraturas de fêmur em idosos ocorrem em consequência de quedas e D2 - 50% dos idosos que residem em ILPIs caem. Estes descritores são identificados como Vetor de Descrição do Problema (VDP). Para cada VDP foram elencados Vetores de Descrição do Resultado (VDR), que representam **a situação desejada**.

#### MATRIZ I – Vetor de descrição do Problema (VDP)

Vetor de Descrição do Problema (VDP)	Vetor de Descrição do Resultado (VDR)
D1 - 90% das fraturas de fêmur em idosos ocorrem em consequência de quedas	R1 - Melhorar fatores ambientais: 100% dos ambientes adequados à legislação.
	R2 - Melhorar fatores de saúde e hábitos saudáveis.
D2 - 50% dos idosos que residem em ILPIs caem	R3 - Melhorar o modelo de saúde: garantir o acesso aos serviços de saúde.
	R4 - Sensibilizar para o cumprimento da legislação.

### 5.4 Plano de Ação

Para descrever o plano de ação houve a necessidade de estabelecer o desenho das operações, bem como a análise do impacto dessas sobre as principais causas (nós críticos); definir cada responsável por cada operação; os recursos, produtos e resultados de cada operação; a elaboração dos cenários; e a reelaboração dos produtos e resultados das operações, levando-se em conta os cenários alternativos.

Nesta fase de identificação das frentes de ação para o problema, os nós críticos são avaliados quanto à governabilidade. Cabe destacar que o nó crítico selecionado está dentro

do espaço de governabilidade do ator, é mais fácil de ser enfrentado, pois este controla os principais recursos dos quais dependem sua solução.

#### 5.4.1 Identificação das frentes de ação para o problema

Analisando o impacto de cada um dos nós críticos identificados verificamos a possibilidade de atuar sobre eles conforme a governabilidade do ator. A seleção das frentes de ação foi realizada utilizando a análise conjunta de impacto e possibilidade de ação, conforme apresentado na MATRIZ II.

MATRIZ II – Identificação das frentes de ação para o problema

<b>I – Governabilidade: Dentro das capacidades do Ator</b>			
<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)</b>	<b>Possibilidade de ação (alta, média, baixa; qual ação)</b>	<b>Seleção (sim, não)</b>
NC 1.1 – Falta de adequação ambiental e estrutural nas ILPIs.	ALTO	ALTA	SIM
NC 1.2 – Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares.	ALTO	MÉDIA	SIM
NC 6.1 – Descumprimento da RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.	ALTO	ALTA	SIM
NC 6.2 – Descumprimento do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003).	ALTO	ALTA	SIM
<b>II – Governabilidade: Fora das capacidades do Ator</b>			

NÓ CRÍTICO	Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)	Possibilidade de ação (quem pode e o que pode fazer)	Seleção (sim, não)
<b>NC1 - FATORES AMBIENTAIS</b>			
NC 1.3 - Vias públicas mal conservadas	ALTO	ALTA	NÃO
<b>NC2 - FATORES DE SAÚDE</b>			
NC 2.1- Presença de múltiplas doenças - crônicas.	ALTO	BAIXA	NÃO
NC 2.2 - Uso de múltiplos medicamentos.	ALTO	MÉDIA	NÃO
NC 2.3 - Doenças Atípicas/ Síndromes Geriátricas.	ALTO	BAIXA	NÃO
NC 2.4 - Falta de Hábitos Saudáveis.	ALTO	MÉDIA	NÃO
NC 2.5 - Acuidade visual, auditiva e cognitiva diminuídas.	ALTO	BAIXA	NÃO
<b>NC3 - FATORES SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS</b>			
NC 3.1 - Perda de autonomia.	ALTO	BAIXA	NÃO
NC 3.2 - Problemas sociais.	BAIXO	BAIXA	NÃO
<b>NC4 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL PROGRESSIVO</b>			
NC 4.1 - Diminuição da qualidade de vida do idoso.	ALTO	BAIXA	NÃO
<b>NC5 - MODELO DE SAÚDE VIGENTE, CENTRADO NA DOENÇA E HOSPITALOCÊNTRICO É INADEQUADO À POPULAÇÃO IDOSA</b>			
NC 5.1 - Políticas de saúde focadas no tratamento desvalorizando a prevenção das doenças.	ALTO	BAIXO	NÃO

I - GOVERNABILIDADE DENTRO DAS CAPACIDADES DO ATOR

#### NC 1 FATORES AMBIENTAIS:

**NC 1.1 - Falta de adequação ambiental e estrutural nas ILPIs.**

**NC 1.2 - Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares.**

A adequação ambiental e estrutural nas ILPIs e nos ambientes domiciliares (baixa luminosidade, tipo de piso, presença de obstáculos e degraus, etc.), tem alta relevância sobre os descritores, visto que o cumprimento das legislações pertinentes pode impactar fortemente no enfrentamento do problema.

Com relação à possibilidade de ação sobre a *falta de adequação ambiental e estrutural nas ILPIs*, existe alta possibilidade de ação para o ator **VISA**, uma vez que a liberação de licença sanitária fica condicionada ao cumprimento das exigências legais. Contudo, para o nó crítico *falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares*, tem-se média possibilidade de ação, uma vez que há processos socioeconômicos e culturais da população envolvidos em sua explicação.

Portanto, como a causa “fatores ambientais” tem um alto impacto sobre o problema, se existe oportunidade política de atuação é possível intervir sobre ela. A intervenção sobre este nó poderá situar-se em um plano de demandas e dependerá da capacidade de negociação e da criatividade do ator(es) interessado(s).

#### **NC 6 LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA:**

**NC 6.1 - Descumprimento da Resolução RDC - ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.**

**NC 6.2 - Descumprimento do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003).**

O descumprimento da Resolução RDC nº 283/05 por parte das ILPIs deve ser avaliado com mais atenção pelos técnicos de VISA em inspeções de rotina, abrangendo as condições ambientais para a minimização do risco de queda, além de incorporar na avaliação do estabelecimento, o cumprimento da notificação compulsória de quedas com lesão conforme disposto no Art. 6.2.1, à vigilância epidemiológica. Ainda, no que couber, os requisitos legais do Estatuto do Idoso devem ser incorporados às ações de VISA e especial atenção deve ser dada ao Capítulo IX da Habitação, art. 37 e parágrafos.

Com relação à possibilidade de ação sobre estes nós críticos, **tem-se alta possibilidade de ação** para ambos, **com alto impacto** sobre os descritores.

## II - GOVERNABILIDADE – FORA DAS CAPACIDADES DO ATOR

#### **NC 1 FATORES AMBIENTAIS:**

##### **NC 1.3 - Vias públicas mal conservadas**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, visto que via pública bem conservada é um fator importante na prevenção de quedas. Com relação a possibilidade de ação sobre este nó crítico, **tem-se alta possibilidade de ação**, porém esta fora das capacidades do ator.

#### **NC 2 FATORES DE SAÚDE:**

##### **NC 2.1 - Presença de múltiplas doenças - crônicas**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, visto que a presença de múltiplas complicações associadas na mesma pessoa aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades levando a queda. No envelhecimento ocorre a incidência de diversas doenças crônicas, incluindo a doença arterial coronária, a diabetes mellitus não insulino dependente e a osteoporose. Estas doenças podem produzir mudanças na

composição corporal, que incluem incrementos da gordura corporal, o progressivo declínio da massa muscular e da densidade óssea, fatores esses, que unidos, resultam em uma importante diminuição da força muscular e da capacidade aeróbica de um paciente idoso. Com relação à possibilidade de ação sobre este nó crítico, tem-se **baixa possibilidade de ação**, por se tratar de fator intrínseco, restringindo a atuação da VISA.

#### **NC 2.2 - Uso de múltiplos medicamentos**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, pois na relação de medicamentos utilizados, temos os benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, drogas para glaucoma, diuréticos e dopamina que aumentam o risco de quedas, principalmente quando as doses estão incorretas, (JENSEN et al., 2002). Lamb et al. (2003) acrescentam os medicamentos psicotrópicos, e Nyberg e Gustafson (1997) os sedativos como influentes no risco de quedas. Com relação à **possibilidade de ação sobre este nó crítico**, tem-se **média possibilidade de ação**, considerando o campo de ação deste projeto assim como dos atores envolvidos.

**NC 2.3 - Doenças Atípicas/ Síndromes Geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa, com enfoque nos aspectos etiológicos, diagnóstico e condutas terapêuticas).**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, visto que aumentam o risco de quedas. Com relação à **possibilidade de ação sobre este nó crítico**, tem-se **baixa possibilidade de ação**, por se tratar de fator intrínseco, restringindo a atuação da VISA.

#### **NC 2.3 - Falta de hábitos saudáveis**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, pois o sedentarismo pode acarretar importante disfunção músculo-esquelético. Com relação à possibilidade de ação sobre este nó crítico, **tem-se média possibilidade de ação**, porém esta fora da capacidade do ator.

#### **NC 2.4 - Acuidade visual, auditiva e cognitiva diminuídas**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, pois o declínio auditivo e cognitivo, mesmo com um discreto déficit, e a deficiência visual (alterações da acuidade e do campo visual como resultado de catarata, glaucoma e degeneração macular) estão correlacionados com aumento do risco de quedas. Com relação à possibilidade de ação sobre este nó crítico, **tem-se baixa possibilidade de ação**, por se tratar de fator intrínseco.

### **NC 3 FATORES SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS:**

#### **NC 3.1 - Perda de autonomia**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, visto que os idosos que sofreram quedas produzem importante perda de autonomia e qualidade de vida. Com relação à possibilidade de ação sobre este nó crítico, **tem-se baixa possibilidade de ação**.

#### **NC 3.2 - Problemas Sociais**

A aposentadoria, a perda de companheiros de trabalho, o aumento de tempo livre, as mudanças nas normas sociais, o impacto da idade sobre o indivíduo, o impacto social da velhice, a perda de segurança econômica, a rejeição pelo grupo, os filhos que se afastam, a condução difícil, o trânsito congestionado, as dificuldades de aceitação de novas idéias que se chocam com os modelos tradicionais de conduta, são exemplos de problemas sociais que têm baixo **impacto** sobre os descritores. Com relação à possibilidade de ação sobre este nó crítico, **tem-se baixa possibilidade de ação**.

### **NC 4 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL PROGRESSIVO:**

#### **NC 4.1 - Diminuição da qualidade de vida do idoso**

Tem **alto impacto** sobre os descritores, visto que a **diminuição da qualidade de vida do idoso** está correlacionada com o aumento do risco de quedas. Com relação à possibilidade de ação sobre este nó crítico, **tem-se baixa possibilidade de ação**.

### **NC 5 MODELO DE SAÚDE VIGENTE, CENTRADO NA DOENÇA E HOSPITALOCÊNTRICO É INADEQUADO À POPULAÇÃO IDOSA:**

#### **NC 5.1 - Políticas de saúde focadas no tratamento desvalorizando a prevenção das doenças**

O sistema hospitalocêntrico apresenta um modelo de atenção reativo, pelo qual se espera que a doença se manifeste e que os pacientes demandem a atenção. O paciente cumpre um papel passivo na atenção. As políticas públicas priorizam o tratamento enquanto a prevenção de doenças em idosos necessita de um trabalho preventivo a fim de minimizar as moléstias a que estes são expostos.

Este nó crítico tem **alto impacto** sobre os descritores, porém com relação à possibilidade de ação, **tem-se baixa possibilidade**.

Os nós críticos fora da capacidade do ator situam-se em um espaço fora do problema, pois fazem parte da cadeia causal de vários problemas. Enfrentá-lo apenas no espaço singular do nível local pode significar a princípio ações paliativas. É necessário

envolver o maior número de atores possível, buscando uma intervenção mais integrada com outros âmbitos e setores, para demandar dos níveis governamentais, políticas específicas em diferentes áreas.

#### 5.4.2 Desenho das Operações

Para cada nó crítico selecionado, dentro da governabilidade do ator, foi proposta uma operação, a qual gerou diversas atividades, sendo designados os responsáveis, os apoiadores e prazos para execução de cada uma delas, conforme descrito na MATRIZ III.

## MATRIZ III – Desenho das operações

NÓ CRÍTICO	Operações e atividades	Responsável	Apoio	Prazo
<b>NC 1.1</b> - Falta de adequação ambiental e estrutural nas ILPIs.	<b>OP 1</b> - Cumprimento da legislação vigente.			
	<b>A1</b> - Elaboração de <i>checklist</i> que determine o índice de risco de quedas.	VISA	CREA, rede de assistência à saúde	30 DIAS
	<b>A2</b> - Apresentação, capacitação para a aplicação do <i>checklist</i> .	VISA	Rede de assistência à saúde.	60 DIAS
	<b>A3</b> - Identificação dos locais sem acessibilidade ou inadequados e determinação do grau de risco.	VISA	Ouvidoria	Conforme demanda
	<b>A4</b> - Fiscalização, exigência e monitoramento do cumprimento das adequações.	VISA	Ministério Público	Conforme demanda
<b>NC 1.2</b> - Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares.	<b>OP 2</b> - Avaliação da estrutura residencial.			
	<b>A1</b> - Elaboração de <i>checklist</i> que determine o índice de risco de quedas.	VISA	ESF	30 DIAS
	<b>A2</b> - Apresentação, Capacitação para a Aplicação dos <i>checklist</i> .	VISA/ESF-ACS	ESF/SMS	30 DIAS após A1
	<b>A3</b> - Determinação do grau de risco das quedas nas residências.	VISA	Instituições de ensino (estatística)	30 DIAS após A2

NÓ CRÍTICO	Operações e atividades	Responsável	Apoio	Prazo
<b>NC 1.2</b> - Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliares.	<b>A4</b> - Apresentação do grau de risco das residências aos ACS.	VISA	ACS/ESF	30 DIAS Após A3
	<b>A5</b> - Orientação aos moradores das residências de alto risco.	ACS	VISA/ESF	Conforme cronograma de retorno
	<b>A6</b> - Aplicação do <i>checklist</i> nas residências de alto risco, após A5.	ACS	ESF	Conforme cronograma de retorno
	<b>A7</b> - Determinação do grau de risco das quedas nas residências revisitadas (consideradas de alto risco na primeira etapa).	ACS/ESF	VISA	30 DIAS após A6
	<b>A8</b> - Comparação dos índices encontrados.	VISA/ESF	Instituições de ensino (estatística)	30 DIAS
	<b>A9</b> - Divulgação dos resultados obtidos aos ACS e equipe de ESF	VISA	ESF	15 DIAS Após A8

NÓ CRÍTICO	Operações e atividades	Responsável	Apoio	Prazo
<b>NC 1.2</b> - Falta de adequação ambiental e estrutural nos ambientes domiciliarees	<b>OP3</b> - Divulgação dos dados levantados aos gestores e à sociedade			
	<b>A1</b> - Reuniões nos bairros para divulgação dos dados levantados.	VISA/ACS/ESF Conselhos distritais de Saúde	População Idosa, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal do Idoso, Câmara de Vereadores, Associação de Bairros,	30 DIAS APÓS A9
	<b>A2</b> - Elaboração de um folder com os dados levantados e casa segura para idosos.	COMUNICAÇÃO SOCIAL/VISA/ESF-ACS/SMS	Conselho Municipal do Idoso, Conselho Municipal de Saúde, Associação de Bairros.	90 DIAS APÓS A9

NÓ CRÍTICO	Operações e atividades	Responsável	Apoio	Prazo
<b>NC 6.1</b> - Resolução RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005	<b>OP4</b> - Capacitação dos técnicos para aplicação da legislação.			
	<b>A1</b> - Reunião com os técnicos que fazem inspeções em ILPIs, incluindo representantes da Secretaria de Ação Social sensibilizando-os para verificação da notificação compulsória à vigilância epidemiológica, das quedas com lesão, além de intensificar as avaliações de estrutura física dos estabelecimentos, observando o risco de quedas.	VISA	Epidemiologia e Secretaria de Ação Social	15 DIAS
	<b>A2</b> - Reunião com a coordenação de vigilância epidemiológica, para apresentar as necessidades dos dados envolvendo quedas em idosos e estabelecer fluxo de comunicação.	VISA/ Epidemiologia	ESF	15 DIAS
	<b>OP5</b> - Inclusão da notificação compulsória de quedas com lesão, como indicador de desempenho e padrão de funcionamento da instituição.			
	<b>A1</b> - Elaborar minuta de resolução incluindo o indicador de quedas em ILPIS como critério de avaliação do estabelecimento.	VISA	Núcleo de apoio jurídico Epidemiologia	90 DIAS
	<b>A2</b> - Apresentar a proposta de resolução à Secretaria Municipal de Saúde.	VISA	Núcleo de apoio jurídico Epidemiologia	15 DIAS Após A1

NÓ CRÍTICO	Operações e atividades	Responsável	Apoio	Prazo
	<b>OP 6</b> - Divulgar ao setor regulado a Resolução RDC nº 283/05.			
	<b>A1</b> - Realização de audiências públicas com o setor regulado.	VISA	Epidemiologia	45 dias
<b>NC 6.2</b> - Descumprimento do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003)	<b>OP7</b> - Capacitação das Equipes de Saúde sobre o Estatuto do Idoso e a Política de Saúde do Idoso			
	<b>A1</b> - Apresentação para as equipes de atenção primária, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária do estatuto do idoso e das políticas de saúde do idoso.	SMS	Conselho da Pessoa Idosa	90 dias
	<b>A2</b> - Criação de Fórum de discussão e implementação do estatuto do idoso e as políticas de saúde do idoso com realização de audiências públicas.	SMS	Conselho da Pessoa Idosa	Permanente
	<b>A3</b> - Reuniões Técnicas com equipes da atenção primária, vigilância sanitária e epidemiológica para discussão e implementação de ações.	SMS	Atenção primária, equipes da VISA	Permanente

#### 5.4.3 Identificação das demandas frente a outros atores

Para cada nó crítico localizado fora da capacidade do ator, foram identificadas demandas que necessitam ser realizadas por parte das autoridades ou outros atores relevantes para o enfrentamento do processo descritos na MATRIZ IV.

#### MATRIZ IV – Identificação das demandas frente a outros atores

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>Demanda</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoio</b>	<b>Prazo</b>
<b>NC4</b> - Vias públicas mal conservadas.	<b>DOP1</b> - Realizar adequação das vias públicas (calçadas – nivelamento, rebaixamento de guias, rampas, sinalização, etc.) A quem: Prefeitura Municipal de SJP	Secretaria de Urbanismo e Obras	Conselho Municipal de Saúde, MP, Conselho Municipal do Idoso e afins.	A ser pactuado

#### 5.4.4 Avaliação das operações

Para estabelecer a eficiência e eficácia das operações foi necessário analisar a relação recurso-produto-resultado, representadas através da MATRIZ V.

## MATRIZ V – Avaliação das operações

<b>Não exigem Recursos Econômicos</b>					
<b>Operação</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência (alta, média, baixa)</b>	<b>Eficácia (alta, média, baixa)</b>
<b>OP1</b> - Cumprimento da legislação vigente.	Equipe VISA, roteiros, transporte.	Estabelecimento fiscalizado.	Estabelecimento com adequação sanitária.	ALTA	ALTA
<b>OP2</b> - Avaliação da estrutura residencial.	Equipes ESF/ACS/VISA, roteiros, reuniões, transporte.	Residências avaliadas.	Residências com grau alto de risco, adequadas.	ALTA	ALTA
<b>OP6</b> - Inclusão da notificação compulsória de quedas com lesão, como indicador de desempenho e padrão de funcionamento da instituição.	Equipe VISA, Núcleo de Assessoramento Jurídico.	Resolução Municipal.	Notificação compulsória de quedas.	ALTA	ALTA
<b>Exigem Recursos Econômicos</b>					
<b>Operação</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência (alta, media, baixa)</b>	<b>Eficácia (alta, média, baixa)</b>
<b>OP3</b> - Divulgação dos dados levantados aos gestores e à sociedade.	VISA/ACS-ESF/SMS, reuniões, folders.	Reuniões em bairros Folders	População informada.	ALTA	ALTA
<b>OP4</b> - Capacitação dos técnicos para aplicação da legislação.	VISA	Treinamento para técnicos.	Técnicos capacitados.	ALTA	MÉDIA
<b>OP5</b> - Divulgar ao setor regulado a Resolução RDC nº 283/05.	VISA	Reunião com o setor regulado.	Setor regulado informado.	ALTA	MÉDIA

#### 5.4.5 Orçamento das operações

Após a avaliação de Eficiência e Eficácia das operações, é realizada a classificação das operações que necessitam de fonte de financiamento.

Como fonte de financiamento para a realização das Operações citadas na MATRIZ VI (a seguir), sugere-se o recurso repassado pelo Ministério da Saúde e ANVISA, conforme a Portaria nº 1.228, de 9 de junho de 2009, que atualiza a regulamentação das transferências fundo a fundo de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. Este recurso garante a total governabilidade ao gestor de VISA quanto a sua utilização, pois este é repassado do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e não tem sua utilização autorizada para outras ações que não estejam vinculadas à execução de estratégias de VISA. O recurso tem seu cálculo definido per capita (R\$ 0,21/hab./ano).

Outros recursos vinculados a outras ações de saúde também podem ser utilizados como: Atenção Primária, Vigilância em Saúde (prevenção de Violências) e mesmo recursos próprios do município.

Os valores utilizados para a elaboração do orçamento, para a locação de sala equipada para realização de reuniões com 30 a 50 pessoas, o oferecimento de *coffee break* e a impressão dos folders originaram-se da Licitação/Registro de Preços que estão em vigência no município de São José dos Pinhais em 2012.

## MATRIZ VI – Orçamento das Operações

Operações	Especificação da Despesa		Custo ( R\$)		Fonte de financiamento
	Quantidade	Custo unitário	Mensal	Anual	
OP3 - Divulgação dos dados levantados aos gestores e à sociedade.	01 reunião/ano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locação de sala para 30 a 50 pessoas: R\$ 399,00</li> </ul>	R\$1.197,00	R\$1.197,00	Recurso vinculado (FNS/FMS)-Bloco de Vigilância em Saúde TETO de VISA Piso Estruturante e/ou Estratégico
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Coffee Break</i>: R\$ 13,00 (unidade)</li> </ul>	R\$1.950,00	R\$1.950,00	
	15000 folders	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folder 2 dobras A4: R\$ 0,104 (unidade)</li> </ul>	R\$1.560,00	R\$ 1.560,00	
OP4 - Capacitação dos técnicos para aplicação da legislação.	01 Treinamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locação de sala para 30 a 50 pessoas: R\$ 399,00</li> </ul>	R\$399,00	R\$ 399,00	Recurso vinculado (FNS/FMS) - Bloco de Vigilância em Saúde TETO de VISA Piso Estruturante e/ou Estratégico
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Almoço: R\$ 36,00 (unidade)</li> </ul>	R\$1.080,00	R\$ 1.080,00	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Coffee Break</i>: R\$ 13,00 (unidade)</li> </ul>	R\$390,00	R\$ 390,00	
OP5 - Divulgar ao setor regulado a Resolução RDC nº 283/05	02 Reuniões	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locação de sala para 30 a 50 pessoas: R\$ 399,00</li> </ul>	R\$399,00	R\$ 798,00	Recurso vinculado ( FNS/FMS)-Bloco de Vigilância em Saúde TETO de VISA Piso Estruturante e/ou Estratégico
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Coffee Break</i>: R\$ 13,00 (unidade)</li> </ul>	R\$390,00	R\$ 780,00	
<b>TOTAL DE CUSTOS</b>				R\$ 7.374,00	

#### 5.4.6 Cronograma das operações

Para que o plano seja acompanhado e monitorado é necessário que seja estabelecido um cronograma das operações estabelecidas. Para que isto ocorra foi necessária a determinação dos indicadores que serão avaliados e monitorados (MATRIZ VII).

Lembrando que um indicador não surge ao acaso, ele é utilizado no julgamento sobre o mérito de uma dada intervenção, ou para a tomada de decisão sobre sua continuidade ou mudança de rumo. Mas, há de se considerar que cada indicador carrega atrás de si um processo de trabalho que envolve equipes de saúde no sentido de promover mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população, por isso a qualificação das equipes para utilizar as informações é um passo significativo para o gerenciamento adequado destas. Além disso, é importante pensar nos objetos e objetivos das ações como o primeiro passo para a construção de sistemas de informação e indicadores que alcancem os propósitos de contribuir com a melhoria das ações de VISA e, conseqüentemente, da saúde da população (COSTA, 2010).

## MATRIZ VII - Cronograma

PARA CADA NÓ CRÍTICO		
OPERAÇÃO		
OPERAÇÃO (OP)	MESES	INDICADORES
OP 1 - Cumprimento da legislação vigente.	12 Meses	<p><b>Indicador de processo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de ILPI vistoriadas/N° total de ILPI X 100</li> </ul> <p>Este indicador demonstra o volume de trabalho da VISA na identificação de estabelecimentos que cumprem ou descumprem a legislação.</p> <p><b>Indicador de efetividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de ILPI vistoriadas que cumprem as exigências legais/N° de ILPI vistoriadas X 100</li> </ul> <p><b>Indicador de efetividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de ILPI vistoriadas que não cumprem as exigências legais/ N° de ILPI vistoriadas X 100.</li> </ul> <p>Estes indicadores mostram a efetividade do trabalho da VISA no cumprimento da legislação vigente num período de 12 meses.</p>

<p><b>OP2 - Avaliação da estrutura residencial</b></p>	<p><b>6 meses</b></p>	<p><b>Indicadores de processo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de residências habitadas por idosos/ N° total de residências X 100.</li> </ul> <p>Este indicador demonstra o volume de trabalho da VISA na identificação de residências habitadas por idosos num período de 6 meses.</p> <p><b>Indicadores de efetividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de residências que no período de 6 meses melhoraram na redução do risco de quedas/ N° de residências avaliadas X 100.</li> </ul> <p>Este indicador mostra a efetividade do trabalho da VISA através da adequação das residências avaliadas num período de 6 meses.</p>
<p><b>OP3 - Divulgação dos dados levantados aos gestores e à sociedade (Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal do Idoso, Câmara de Vereadores, Associação de Bairros).</b></p>	<p><b>4 meses</b></p>	<p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de gestores informados/ n° total de gestores X 100.</li> <li>➤ N° de entidades representativas da sociedade informadas / n° total de entidades representativas X 100.</li> </ul> <p>Estes indicadores medem o grau de divulgação dos dados levantados aos gestores e à sociedade, através de reuniões nos bairros e distribuição de folders com os dados levantados e casa segura para idosos num período de 4 meses.</p>

<b>OP4</b> - Capacitação dos técnicos para aplicação da legislação.	<b>2 meses</b>	<b>Indicador de resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de técnicos CAPACITADOS/ n° de técnicos total X 100.</li> </ul> <p>Este indicador mede a % de técnicos capacitados para aplicação da legislação num período de 2 meses.</p>
<b>OP5</b> - Divulgar ao setor regulado a Resolução RDC nº 283/05.	<b>3 meses</b>	<b>Indicador de resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de pessoas do setor regulado informadas sobre RDC nº 283/05/ n° total de pessoas do setor regulado X 100</li> </ul> <p>Este indicador mede a % de pessoas do setor regulado informadas sobre RDC nº 283/05 num período de 3 meses.</p>
<b>OP6</b> - Inclusão da notificação compulsória de quedas com lesão, como indicador de desempenho e padrão de funcionamento da instituição.	<b>2 meses</b>	<b>Indicador de desempenho:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de quedas com lesão com notificação compulsória no período de 2 meses /n° de quedas ocorridas no bimestre anterior.</li> </ul>
<b>DEMANDAS DE OPERAÇÃO</b>		
<b>DEMANDA DE OPERAÇÃO (Dop)</b>	<b>MESES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>DOP1</b> - Realizar adequação das vias públicas (calçadas – nivelamento, rebaixamento de guias, rampas, sinalização, etc.).	<b>Elaboração do ofício 1 mês</b>	<b>Indicador de resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de vias públicas readequadas/n° total de vias existentes.</li> </ul> <p>Este indicador mede a % de vias públicas readequadas.</p>

#### 5.4.7 Construção dos cenários

Após elencadas as operações e as atividades geradas por elas, definidos os responsáveis e apoiadores para a realização de cada atividade, tornou-se necessário a construção de cenários para visualizarmos a aplicabilidade do Projeto.

Para a análise da conjuntura futura foram relacionadas variáveis que estão fora do controle do ator principal, mas que se implantadas poderão minimizar o problema: Alto índice de internações causados por fratura de fêmur em idosos (MATRIZ VIII).

Variáveis (fora do controle do ator principal)	Cenários		
	Teto	Centro	Piso
<b>Política</b> - Vias públicas mal conservadas.	Apoio do gestor	O gestor é sensível ao projeto	O gestor não apoia o projeto.
<b>Organizacional</b> - Uso de múltiplos medicamentos.	Tem apoio dos diferentes gestores envolvidos	Os gestores são sensíveis ao projeto	Os gestores não apoiam o projeto
<b>Econômica/cultural/organizacional</b> - Falta de hábitos saudáveis.	Tem apoio dos diferentes gestores envolvidos	Os gestores são sensíveis ao projeto	Os gestores não apoiam o projeto
<b>Política</b> - Políticas de saúde focadas no tratamento desvalorizando a prevenção das doenças.	Apoio do gestor	O gestor é sensível ao projeto	O gestor não apoia o projeto.

#### MATRIZ VIII – Construção dos cenários

Após uma reflexão sobre a MATRIZ VIII, foi identificado o cenário mais provável de realização do plano (TABELA 5), sobre o qual o grupo delineou estratégias.

Para a construção de cenários devem ser consideradas três possibilidades: cenário teto (o melhor), cenário centro (o que parece mais provável no momento) e cenário piso (o pior). Neste contexto foram elencadas quatro variáveis conforme descrito na tabela abaixo:

TABELA 5 - Identificação do cenário mais provável para o plano.

SITUAÇÃO INICIAL	SITUAÇÃO DESEJADA
Vias públicas mal conservadas.	Realização de obras na cidade para conservação das vias públicas e construção de rampas adequadas para acessibilidade.
Uso de múltiplos medicamentos.	Diminuição da utilização de medicamentos.
Falta de hábitos saudáveis.	Divulgação dos benefícios dos hábitos saudáveis; construção de academias ao ar livre e espaços de esporte e lazer com atividades voltadas à pessoa idosas; acesso a alimentação saudável facilitado.
Políticas de saúde focadas no tratamento desvalorizando a prevenção das doenças.	Políticas públicas voltadas para prevenção das doenças.

Considera-se que se forem melhoradas as vias públicas, se os idosos utilizarem os medicamentos de forma racional, se existir políticas incentivadoras da prática de hábitos saudáveis e políticas focadas na prevenção de doenças, poderemos minimizar os riscos das quedas em idosos.

#### 5.4.8 Análise e Construção da Viabilidade

A viabilidade compreende uma categoria que inclui as dimensões políticas, econômica e organizativa e dois planos de análise: decisão e de organização. Nesta análise busca-se estabelecer a relação entre os recursos de que necessitamos e os que temos efetivamente. Caso uma ação seja bastante estratégica e elimina o problema, mas não temos os recursos necessários para realizá-la, faz-se necessário construir o plano de viabilidade.

A análise da viabilidade parte de dois níveis:

1. Da motivação dos atores: para visualizar a implantação das variáveis num cenário futuro é preciso fazer uma análise do grau de motivação dos atores frente às ações e operações do plano. A TABELA 6 demonstra o valor atribuído para cada ator, sendo: Alto (A),

Médio (M) ou Baixo (B). Também foram atribuídos (+) para favorável, (-) contrários e (0) para indiferente para demonstrar o grau de interesse dos atores envolvidos no processo.

2. Do grau de controle dos recursos necessários à implementação das operações e ações por parte do conjunto de atores que os apoiam e do bloco que os rejeita (TABELA 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4).

TABELA 6 – Motivação dos atores frente às ações e operações do plano

Conjunto de Atores Sociais	Operação 1 - Realizar obras na cidade para conservação das vias públicas e construção de rampas adequadas para acessibilidade.		Operação 2 - Diminuir a utilização de medicamentos.		Operação 3 - Divulgar os benefícios dos hábitos saudáveis, construir academias ao ar livre e espaços de esporte e lazer com atividades voltadas à pessoa idosa, acesso a alimentação saudável facilitado.		Operação 4 - Fomentar política pública voltada para prevenção das doenças.	
	<sup>1</sup> Interesse	<sup>2</sup> Valor	<sup>1</sup> Interesse	<sup>2</sup> Valor	<sup>1</sup> Interesse	<sup>2</sup> Valor	<sup>1</sup> Interesse	<sup>2</sup> Valor
Secretaria Municipal de Urbanismo	(+)	(A)	(0)	(B)	(+)	(A)	(-)	(B)
SMS - Assistência	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)
SMS - VISA	(0)	(B)	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)
SMS - Epidemiologia	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)
Secretaria de Esporte e Lazer	(0)	(B)	(0)	(B)	(+)	(A)	(+)	(A)
Secretaria de Abastecimento	(0)	(B)	(0)	(B)	(+)	(A)	(+)	(B)
Conselho Municipal do Idoso	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)
Conselho Municipal da Saúde	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)	(+)	(A)

TABELA 7.1 – Controle de Recursos Críticos OP1

Tipo de Recurso	Controle de Recursos Críticos					
	Operação Tipo 1- Realizar obras na cidade para conservação das vias públicas e construção de rampas adequadas para acessibilidade					
	Secretaria Municipal de Urbanismo	SMS – Assistência	SMS – VISA	SMS – Epidemiologia	Conselho Municipal do Idoso	Conselho Municipal da Saúde
Econômico	ALTO	BAIXO	BAIXO	BAIXO	BAIXO	BAIXO
Poder	ALTO	BAIXO	MÉDIO	BAIXO	BAIXO	BAIXO
Conhecimento	ALTO	BAIXO	MÉDIO	MÉDIO	MÉDIO	MÉDIO
Capacidade organizativa	ALTA	BAIXO	BAIXA	BAIXO	BAIXO	BAIXO

TABELA 7.2 – Controle de Recursos Críticos OP2

Tipo de Recurso	Controle de Recursos Críticos				
	Operação 2 – Uso Racional de medicamentos.				
	SMS – Assistência	SMS – VISA	SMS – Epidemiologia	Conselho Municipal do Idoso	Conselho Municipal da Saúde
Econômico	MÉDIO	MÉDIO	BAIXO	BAIXO	BAIXO
Poder	ALTO	MÉDIO	BAIXO	MÉDIO	MEDIO
Conhecimento	ALTO	ALTO	ALTO	BAIXO	BAIXO
Capacidade organizativa	ALTA	ALTA	ALTA	BAIXA	BAIXA





OPERAÇÃO	AÇÕES	RESPONSÁVEL	APOIO	RECURSOS NECESSÁRIOS	VALORES	PERÍODO DE EXECUÇÃO	CONFLITOS POSSÍVEIS	TIPO DE ESTRATÉGIA
Realização de obras na cidade para conservação das vias públicas e construção de rampas adequadas para acessibilidade.	Manutenção das vias públicas e construção de rampas adequadas para acessibilidade.	Secretaria Municipal de Urbanismo.	Secretaria de Planejamento Urbano, Secretaria de Obras.	Recursos humanos, físicos e financeiros.		4 anos	Nenhum	Começar a conservação pelas vias mais afetadas.
Diminuição da utilização de medicamentos.	Campanha Municipal de uso de medicamentos.	Secretaria Municipal de Saúde.	Prefeitura Municipal e Conselhos.	Recursos humanos, físicos e financeiros.		anual	Nenhum	Sensibilização (cartazes, folder, palestra, mídias).
Fomentar políticas públicas voltadas para prevenção das doenças.	Educação Alimentar, mostrando o benefício de uma alimentação saudável; estímulo e acompanhamento dos idosos na prática de atividades esportivas.	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, Secretaria Municipal de Abastecimento, Secretaria Municipal da Saúde.	Conselho Municipal do Idoso e Conselho Municipal da Saúde.	Recursos humanos, físicos e financeiros.		4 anos	Nenhum	Divulgação dos benefícios dos hábitos saudáveis, construção de academias ao ar livre e espaços de esporte e lazer com atividades voltadas à pessoa idosa; acesso a alimentação saudável facilitado.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho ainda não possui resultados, em razão de ser apenas uma proposição. Mas, como foi apresentado e construído, percebemos que há possibilidade real e concreta de avançar na perspectiva da “nova vigilância sanitária”.

Este projeto aplicativo propõe ações relativamente simples e baratas, em que a grande mudança consiste na concepção do trabalho de VISA. Assim, realizar ações de educação sanitária voltada à prevenção de quedas da população idosa, instituir avaliação dos riscos de queda nas residências dos idosos e ILPIs em parceria com as equipes da atenção básica em saúde, incorporar a política de saúde do idoso no planejamento das ações de VISA com vistas à prevenção de quedas e outros agravos decorrentes do processo de envelhecimento, bem como promover espaços de participação social de maneira organizada, ou de outras formas nas ações de VISA, devem ser encaradas como os primeiros passos frente a uma vigilância sanitária reformulada para a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Voltamos aqui a citar COSTA (2001) que apresenta, de forma esquemática, a “nova vigilância sanitária”, em oposição à tradicional. Tal reformulação imprime o desejo e a necessidade de inserirmos esta “nova VISA” como um dos protagonistas do SUS na busca por estratégias pautadas na integralidade.

O sujeito da ação deixa de ser o fiscal para incorporar a equipe de saúde/vigilância sanitária, representante das distintas instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da população organizada. O objeto de ação evolui de produtos e serviços para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida. Os meios tradicionais de trabalho não são mais fundados em inspeção, fiscalização, *blitz*, e sim em tecnologias sanitárias ampliadas e tecnologias de comunicação social. As formas de organização dos processos de trabalho ultrapassam o gerenciamento por áreas (produtos, serviços) e atendimento à demanda espontânea. São mais integrais na medida em que promovem a integração setorial e ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis.

A integralidade é destacada como um valor que supera um projeto de saúde restritivo em direção a um projeto político emancipador, sendo um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde. Esta mudança de paradigma terá ainda como consequências, de acordo com O'DWYER, REIS e SILVA (2010), a priorização do interesse coletivo, em detrimento ao individual, no qual se entende que o encontro profissional-paciente inclui ações de prevenção e não se reduz ao tratamento do “doente”; organização dos serviços e das práticas de saúde a partir da lógica da

incorporação de novas necessidades, favorecendo o olhar abrangente e propiciando a inovação o das estratégias de trabalho, com atuação interdisciplinar e multiprofissional; combinação entre ações assistenciais e de prevenção para as respostas governamentais frente aos problemas de saúde e às necessidades de grupos específicos.

Adicionalmente, entendemos que existam algumas medidas que, se adotadas, poderiam potencializar e aperfeiçoar o projeto aplicativo proposto. Por exemplo, sugere-se a adoção do *checklist* desenvolvido neste trabalho para determinação do grau de risco de quedas nos ambientes frequentados pela pessoa idosa, como sendo uma das exigências a serem cumpridas para obtenção de licença sanitária para o funcionamento de estabelecimentos bancários, comerciais, de saúde e de interesse à saúde. Tornar compulsória a notificação de quedas nos estabelecimentos de saúde, de interesse à saúde e instituições de longa permanência de idosos no Sistema Nacional de Agravos representaria outra grande aposta. Outro fator propulsor de avanços nesta área seria a criação de programa público para adequação dos ambientes domésticos a fim de prevenção e redução das quedas, além da construção e adequação de unidades habitacionais destinadas a idosos. Finalmente, requer-se a atualização da legislação que rege a questão, no sentido de incorporar o conceito da diretriz 5 do Conselho Nacional de Saúde para os planos de saúde (2012-2015).

Dessa forma, espera-se mudar positivamente o panorama da alta taxa de internação hospitalar na população idosa do município escolhido, em primeira instância, para posterior implementação do projeto, já validado, em outros municípios do Estado do Paraná.

## REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Especialistas discutem organização do SUS. Imprensa/Anvisa. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2012+noticias/especialistas+discutem+organizacao+do+sus>>. Acesso em 03 jun. 2012.
2. ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento da visão multissetorial**. Oficina social nº 3, Desenvolvimento Social: COPPE/UFRJ, 25p., 2000.
3. ALVARES, L. M.; LIMA, R. C; DA SILVA, R. A.; **Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 1, p. 31-40, jan 2010.
4. AZEVEDO, C. da S. **Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus**. Rio de Janeiro, RJ, Cadernos de Saúde Pública, V. 8, n. 2, p 129-133, abr/jun 1992.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 67p., 2007.
6. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 70 p.
7. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga O Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível em <[http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria\\_MS\\_399.2006](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006)>. Acesso em 20 jul 2012.
8. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.228, de 9 de junho de 2009. Atualiza a regulamentação das transferências fundo a fundo de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. **DOU de 15/06/2009**, Seção 1. Brasília, 2009.
9. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a revisão da Portaria GM/MS nº 399/2006. 12 p., 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2c\\_230312.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2c_230312.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2012.
10. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007, Série A – Normas e Manuais Técnicos, Cadernos da Atenção Básica nº 19, 192 p.
11. CAMPINAS (SP) Curso de Gestão Estratégica Pública - uma parceria entre a Escola de Extensão da Unicamp e a Escola de Governo e Desenvolvimento do Servidor (EGDS) da Prefeitura Municipal de Campinas. **Onze passos do planejamento estratégico-participativo**. São Paulo, 2005.
12. COSTA, E. A. Trabalhador de Vigilância Sanitária e a Construção de uma Nova Vigilância Sanitária: Profissional de Saúde ou Fiscal? In: 6.º SEMINÁRIO TEMÁTICO DA ANVISA, Brasília, 02 de maio de 2001, 11 p.

13. COSTA, I.C.S. **Indicadores em vigilância sanitária de alimentos**. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2010.
14. COUTINHO, E. S. F. ; BLOCH, K. V. ; COELI, C.M. ; **Mortalidade em um ano de idosos após hospitalização por fratura decorrente da queda: comparação com idosos pareados da população**. Rio de Janeiro, RJ, Cadernos de Saúde Pública, V. 28, n. 4, págs. 801-804, abr 2012.
15. FABRICIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JUNIOR M.L.; **Causas e conseqüências quedas de idosos atendidos em hospital público**. São Paulo, SP, Revista de Saúde Pública , v. 38 , n. 1, p. 93–99, 2004.
16. FRÉZ, A.R. **Fraturas do fêmur em pacientes idosos: estudo epidemiológico** - Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus Cascavel, como pré-requisito para obtenção do Título de graduado em Fisioterapia. Cascavel 2003.
17. O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, s. 3, p.3351-3360, 2010.
18. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão Anual 2011 (versão preliminar)**. Secretaria de Estado da Saúde - Conselho Estadual de Saúde. Curitiba, 2012, 163 p.
19. SAVASSI, L.C.M., Dias, R.B. Planejamento de ações na Equipe. GESF. Disponível em:<<http://www.smmfc.org.br/gesf> >. Acesso em: 21 mai. 2012.
20. MATUS, C. R; **Política ,Planejamento e Governo**. Livros Série IPEA-143, IPEA, Brasília, PR, 1993, 2v, 591 p.
21. MATUS, C. **O Plano como aposta**. São Paulo,SP, São Paulo em Perspectiva, V 5, n. 4, págs. 28-42, out/dez 1991.
22. MAZZALI, L.; NIERO, J.C.C; SILVA, S. V. **O Planejamento estratégico situacional no setor público – A Contribuição de Carlos Matus**. [S.l], [s.n.], [2008].
23. MORO, V.Governança e governabilidade. Lei Seca Maricá.Disponível em:<<http://www.leisecamarica.com.br/2011/07/artigo-de-venicius-moro-governanca-e.html>> Acesso em: 29 de junho de 2012.
24. MUNIZ, Clariana Fernandez et al. **Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público** . Londrina, PR, Revista Espaço para a Saúde , V8 , nº 2, págs. 33 – 38, jun.2007.
25. OLIVEIRA, L. **Apostila do Curso de Auditor Fiscal do Tribunal de Contas da União**. Rio de Janeiro: Ferreira, [2008?].
26. **OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA**. CURITIBA (Prefeitura). Fundação de Ação Social. Curitiba, PR, [2008], 40 p.
27. OZSLAK, O. **Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas**. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes), 1980, v. 3, n. 2, p. 5-58.

28. PORTAL DA SAÚDE – SUS. **Queda em idosos**. 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1)>. Acesso em: 13 jan. 2012.
29. **PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – PQILPIs**. CURITIBA (Prefeitura). Fundação de Ação Social, Diretoria de Proteção Especial; Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Vigilância Ambiental. Curitiba, PR, 2009, p.155.
30. Termo de Referência - Oficina de Trabalho - **ATORES SOCIAIS E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA** – Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. In: CURSO GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Curitiba, 2011-2012, 8 p.
31. Termo de Referência - Oficina de trabalho - **DESENHO DO PLANO**, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. In: CURSO GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Curitiba, 2011-2012, 5 p.

**CONSUELO VAZ TORMIN  
EDÉZIO FERREIRA  
EDSON ANTONIO DONAGEMMA  
GUSTAVO DE LIMA  
GYSSIA FARACO DE FREITAS  
LUCIENE LEMOS  
SANDRA MARA FIDELIS DE SOUZA  
SYLVÉRIA DE VASCONCELOS MILHOMEM**

**COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSTRUINDO AS  
BASES PARA AS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO SOCIAL NA  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO DISTRITO FEDERAL.**

**SÃO PAULO – SP  
2012**

**CONSUELO VAZ TORMIN  
EDÉZIO FERREIRA  
EDSON ANTONIO DONAGEMA  
GUSTAVO DE LIMA  
GYSSIA FARACO DE FREITAS  
LUCIENE LEMOS  
SANDRA MARA FIDELIS DE SOUZA  
SYLVÉRIA DE VASCONCELOS MILHOMEM**

**COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSTRUINDO AS  
BASES PARA AS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO NA VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA DO DISTRITO FEDERAL.**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como Especialista em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientadora: Cláudia Spínola Leal Costa

**SÃO PAULO – SP  
2012**

Donagema, Edson A.; Ferreira, Edézio; Freitas, Gyssia F.; Lemos, Luciene; Lima, Gustavo; Milhomenm, Sylvéria V.; Souza, Sandra Mara F.; Tormin, Consuelo V.

Comunicação e Participação Social: Construindo as bases para as ações de comunicação social na Vigilância Sanitária do Distrito Federal: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Comunicação e Participação Social: Construindo as bases para as ações de comunicação social na Vigilância Sanitária do Distrito Federal.

GXXX

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. OBJETIVOS.....	7
GERAL .....	7
ESPECÍFICOS.....	7
3. DESENVOLVIMENTO .....	7
3.1 DESCRITORES DO PROBLEMA.....	9
3.2 ATORES SOCIAIS .....	11
3.3 NÓS CRÍTICOS .....	12
3.4 PLANO DE AÇÃO.....	12
3.5 GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

## 1. INTRODUÇÃO

Passados mais de vinte anos da efetiva estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, uma série de desafios que ainda são tão ou mais concretos do que se mostravam durante os aguerridos dias da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A integralidade como princípio constitucional talvez seja o maior desafio (CAMPOS, 2004). Pensar a Vigilância Sanitária – VISA como um grupo de ações fundamentais para efetivá-la é ainda tarefa diária de acadêmicos e profissionais de saúde, afinal a preocupação com a saúde extrapola o processo de adoecimento, engloba o cuidado com os seus determinantes e com os fatores de riscos associados (BRASIL, 2006).

Quem atua na Vigilância Sanitária gosta sempre de lembrar que esta nasceu no Brasil muito antes da Constituição Federal de 1988 e das posteriores Leis 8080/90 e 8142/90. Foram os portos brasileiros o lugar, e a abertura dos mesmos às nações amigas em 1808, o movimento político e econômico que projetaram a VISA no país. São, portanto, mais de duzentos anos de existência e constituição de um *modus operandi* característico, onde sobressai o poder de polícia como elemento historicamente marcante, insuficiente, carente de complementações com novas ou tradicionais técnicas de educação, mobilização social, comunicação de risco e outras tantas e diversas tecnologias ligadas ao processo de vigilância “pós-mercado”, as quais estão sendo melhoradas com nossa idade (EDUARDO, 1998).

Em outra ponta, o controle social concretizado em lei, logo no início dos anos 90, carece mais do que instituições criadas, os Conselhos e as Conferências de Saúde, carecem de uma sociedade mobilizada, ciente de seus direitos e da obrigação do Estado em efetivá-los por meio de políticas públicas adequadas (CORTES, 2002).

A história da saúde pública no Brasil tem relação estreita com os movimentos sociais que se fortaleceram no final dos anos 70 e ganhou ainda mais corpo com o processo de redemocratização do país em meados dos anos 80. Conforme Pereira, 1996:

... a transição para o regime democrático no Brasil desenvolveu-se em um clima de grande expectativa de transformação do padrão de desenvolvimento econômico e social. A consequência mais importante da conjuntura liberalizante e democratizante, principalmente no início da transição, foi trazer à arena decisória atores até então dela excluídos, fundamentalmente nas áreas de saúde e previdência, atores que, ao longo do período autoritário, desenvolveram uma política de resistência ao defenderem princípios democratizantes e universalistas em relação às políticas sociais.

Todavia, passados vinte anos da consolidação do SUS, da conceituação do que é Vigilância Sanitária e de sua condição essencial de serviço de saúde, integrado ao SUS e atuando sob princípios e diretrizes constitucionais comuns, toda roda de conversa, todo debate acadêmico ou qualquer artigo que se debruce a apontar quais os principais desafios à efetiva estruturação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária apontam como um dos severos problemas, o baixo reconhecimento pela população quanto a importância da VISA para a efetiva integralidade na atenção à saúde no país (LUCCHESI, 2001).

Para tanto, operam nossa história e a consolidação de um “*modus operandi*”, ainda que muito questionado pelos próprios agentes da VISA, muito focado nas ações ditas de pré-mercado, em resumo, fiscalização e registro. Vigilância Sanitária no Brasil ainda se faz muito ao largo das demais instituições públicas e da sociedade. Há ainda um alto grau de hermetismo, de tecnicismo que afasta o cidadão dos debates que são necessários e concorrem ainda para tornar as ações menos eficazes (LUCCHESI, 2001).

A despeito de tudo, os processos educativos e comunicativos têm sido considerados como ferramentas fundamentais para a legitimação da Vigilância Sanitária no concorrido jogo de forças sociais relacionadas à geração e regulação de bens e serviços de saúde em qualquer sociedade. Aumentar nossa capacidade de utilizá-los tem sido preocupação constante para os profissionais e gestores do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (CUNHA, 2001).

O presente trabalho reflete o esforço de um grupo de profissionais de Vigilância Sanitária que operam nas três esferas de governo, reunidos num grupo de estudos do curso de especialização em Gestão em Vigilância Sanitária realizado pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, cujo problema é: a divulgação inadequada das ações de Vigilância Sanitária dificultando a compreensão de seu papel junto à sociedade. Como Cunha (2001) descreve:

O comunicador é um ser prático, que não gosta de teorias. O sanitarista, por sua vez, tem um amplo patrimônio de reflexões e análises, que não o impede de ser propositivo frente às exigências do mundo. Por isso, tratar da relação entre as duas ciências é buscar um meio caminho entre o pragmatismo acrítico do comunicador e zelo conceitual do sanitarista. Isso significa que o desafio que se coloca não é o de criar um laço automático entre a determinação técnico-político do setor saúde e a conseqüente ação pragmática do profissional de comunicação. A nova concepção de saúde exige, dos dois lados, uma parceria. Esse é o desafio.

Após inúmeras discussões realizadas pelo grupo que elaborou o presente, com base nas vivências e experiências de cada, em suas áreas de atuação nas três esferas de governo, acordou-se que a justificativa do presente trabalho é que na mídia, de uma forma geral, há

pouco espaço para divulgação das ações de VISA. O material educativo, quando existente, possui linguagem técnica pouco acessível à população. Além disso, os recursos orçamentários e financeiros disponíveis para a Vigilância Sanitária não costumam estar alocados para tal ação. Dessa forma, é importante dar visibilidade às ações da VISA, através dos meios de comunicação para conscientizar a sociedade sobre seus direitos e deveres na Promoção da Saúde.

O que se pretende é apresentar à comunidade do Distrito Federal um projeto de aplicação factível e que venha se juntar, como ferramenta real e com bom grau de efetividade, que possa indicar caminhos para superar a insuficiente alocação de recursos financeiros para ações educativas e de comunicação no orçamento da Vigilância Sanitária local, ao mesmo tempo em que se preocupa com o desenvolvimento de linguagem adequada à mensagem, aos canais e ao público que se quer atingir.

Cunha (2001) ressalta que deve existir uma relação de parceria entre o setor de saúde, que possui informações baseadas em determinações técnico-políticas, e o comunicador que mantém uma ação pragmática. O conceito público-reflexivo politiza a relação da comunicação. Conceber essa teoria que engloba elementos de crítica social e de autonomia cultural dos consumidores da informação obriga os profissionais de saúde a fornecerem informações corretas, significativas, exatas e acessíveis.

O primeiro passo para a concretização é compreender como a comunidade entende seus problemas. O respeito às diferenças culturais significa um esforço de tradução de códigos e busca de compartilhar experiências e linguagem. Outro conceito importante na comunicação é a ética. O interesse social deve pautar as atitudes do profissional de saúde e do profissional da comunicação, o diálogo profissional (um conhecer o trabalho do outro) deve gerar confiança já que a informação é instrumento de trabalho de ambos (CUNHA, 2001)

Uma análise das pautas do Conselho Nacional de Saúde nos dá uma clara noção do pouco espaço destinado ao debate sobre Vigilância Sanitária. Isso pode também ser atribuído ao insuficiente conhecimento da sociedade sobre os métodos, os impactos e a relevância que as ações de VISA podem ter nos processos de saúde e adoecimento de uma comunidade.

Não por acaso, as VISAs são acusadas de um hermetismo exagerado nas suas ações. Isso certamente contribui para o pouco conhecimento da sociedade sobre nossas ações, o que por sua vez nos remete à baixa discussão sobre as políticas de prevenção e promoção afeitas à prática da Vigilância Sanitária. Como afirma Briceño-Leon (1996), sempre que se

adota uma medida técnica se está ensinando, e nosso hermetismo característico pode suscitar a ideia de que Vigilância Sanitária é algo difícil, punitivo, distante das práticas reconhecidas como de saúde, por isso não se discute.

São estes os propósitos do presente trabalho: contribuir para ampliar a capacidade da Vigilância Sanitária se comunicar com a sociedade, por meio de uma linguagem adequada, e com isso, desenvolver melhor o controle social sobre nossas práticas. Para tanto, objetiva-se ainda garantir alocação de recursos condizentes com a relevância que as ações educativas e de comunicação dispõem.

## **2. OBJETIVOS:**

**GERAL:** Construir bases para a inserção da Vigilância Sanitária do DF nos canais de comunicação com a sociedade.

### **ESPECÍFICOS:**

- Divulgar os temas da Vigilância Sanitária em linguagem compatível com a sociedade;
- Inserir a educação sanitária no planejamento das ações da Vigilância Sanitária.

## **3. DESENVOLVIMENTO**

O tema proposto para o Grupo Afinidade 55 foi Comunicação e Participação Social, e subtema, Publicidade e Divulgação das Ações.

O problema foi definido pelo grupo utilizando a Matriz Decisória para seleção de problemas. Cada membro do grupo elencou os problemas apontados em seu ambiente de trabalho, e

com base na Matriz Decisória, tais problemas foram priorizados conforme sua importância e urgência de enfrentamento. Assim, chegou-se ao problema: divulgação inadequada e insuficiente das ações de VISA, dificultando a compreensão de seu papel junto à sociedade.

O Projeto Aplicativo deveria ser implantado em uma das quatro localidades de atuação dos membros do grupo: nas Unidades Federativas Distrito Federal ou estado de Goiás, ou nos municípios de Luziânia ou Cocalzinho. O grupo optou por implementar o Projeto Aplicativo no Distrito Federal.

O espaço geográfico do Distrito Federal é reduzido e comporta alta concentração populacional. As ações de Vigilância Sanitária no DF são realizadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA), que é composta por três Gerências técnicas: Alimentos, Medicamentos/Correlatos e Serviços de Saúde, e duas administrativas: Instrução Processual e outra de Apoio às Ações de Fiscalização, além de 22 núcleos desconcentrados e dispersados estrategicamente por todo o Distrito Federal. O órgão é reconhecido pelo seu poder de polícia administrativa e possui como missão realizar ações que objetivem 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 à saúde.

Aos Núcleos de Inspeção regionalizados, conforme mapa abaixo (Figura 1), compete às ações de baixa complexidade, tais como: monitoramento da qualidade da água, mapeamento e fiscalização de todos os lugares passíveis de atuação da vigilância sanitária, bem como ações de média complexidade, dentre elas a investigação de surtos de infecção alimentar, cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos que comercializam e/ou distribuem medicamentos, cosméticos, domissanitários, correlatos e outros.



**Figura 1:** Mapa situacional das unidades de inspeção em Vigilância Sanitária no DF

As ações de alta complexidade, tais como: investigação de surtos, reações adversas e acidentes de trabalho, aprovação de projetos, licenciamento e fiscalização de indústrias e estabelecimentos hospitalares e de assistência médica, estão sob a responsabilidade das Gerências Técnicas da DIVISA.

A Diretoria possui Setor de Educação e um grupo de servidores que fazem um trabalho educacional no sentido de ajudar na conscientização da população do DF fazendo atividades educativas com grupos na comunidade e em Vigilância Sanitária, seja através de palestras educativas em escolas do ensino fundamental, seja através de interpretações teatrais em eventos sociais, rodoviária, até a realização de ações educativas em bares e restaurantes sobre o tabagismo.

A utilização de materiais educativos impressos da área de saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas. A contribuição desses materiais para a promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração.

Conforme Freitas (2008), os profissionais de saúde, ao elaborarem folhetos impressos, precisam considerar que um material educativo deve ser adequadamente planejado, avaliado, validado para atender ao objetivo proposto. O autor de uma mensagem deve atentar para a linguagem adequada no processo de comunicação em saúde.

O uso crescente de materiais educativos como recurso na educação em saúde tem assumido um papel importante no processo de ensino-aprendizagem, porém existem algumas limitações decorrentes de dificuldades de percepção pelo receptor, pois as mensagens, muitas vezes, possuem vocabulário não coerente com o público-alvo, não são convidativas ou são de difícil leitura e entendimento.

Segundo Rozemberg (2002),

o processo de produção desses materiais com fins educativos/informativos, por parte das instituições que produzem conhecimento em ciências da saúde, é raramente descrito. Surpreende confrontar a escassez dessas descrições e reflexões na literatura com a abundância de cartilhas, folhetos e cartazes que uma única coleta em qualquer instituição ou serviço de saúde pode proporcionar.

Cunha (2001) aponta que os modelos de comunicação tem que conceber uma nova teoria que englobe ampliação do conceito público reflexivo, que englobe elementos de crítica

social e de autonomia cultural dos consumidores da informação, obriga a um realinhamento das estratégias tradicionais de veiculação e tratamento de elementos informativos pelos profissionais de saúde.

Mais que corretas, as informações, devem ser significativas, além de exatas e acessíveis.

Parece não existir ainda um reconhecimento formal, por parte das instituições, de que, apesar de se ocuparem aparentemente da mesma temática, profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios (ROZEMBERG, 2002).

É imperativa a busca de uma adesão responsável e livre por parte do interlocutor. O respeito às diferenças culturais significa um esforço de tradução de códigos e busca de compartilhamento de experiências e linguagens.

O processo de elaboração do material educativo deve trazer subsídios à possibilidade de auxiliar a população alvo a modificar seu estilo de vida e ser o agente de transformação. Deve, ainda conceder o beneplácito da população-alvo de ampliar a sua compreensão sobre o problema e refletir a respeito da intervenção sobre a realidade que o contextualiza, privilegiando o desenvolvimento da sua autonomia.

### **3.1 DESCRITORES DO PROBLEMA**

Após a definição do local a ser implantado o Projeto Aplicativo, o grupo definiu os descritores, que são indicadores qualitativos e quantitativos que caracterizam o problema na situação inicial:

- Insuficiência de material educativo com linguagem de fácil acesso;
- Escassez de espaço na mídia de massa para uma agenda positiva de VISA (não ficar só “apagando fogo” e mostrando ações);
- Falta de alocação de recursos de comunicação nos planejamentos de VISA;
- Pouca participação da VISA nos espaços institucionais da sociedade civil organizada.

Posteriormente, foram identificadas as causas e consequências dos descritores levantados, para a construção da árvore de problemas, que pode ser definida como uma ferramenta para relacionar a causalidade entre problemas e suas consequências (MATUS, 1996).

**Tabela 1:** Insuficiência de material educativo com linguagem de fácil acesso

<b>Causas</b>	<b>Consequências</b>
Incompatibilidade do público alvo com o material de divulgação	Ações educativas ineficazes
Falta de planejamento com priorização na Educação Sanitária	Promoção à saúde prejudicada
Profissionais não capacitados na elaboração do material educativo	Difícil entendimento, em razão da linguagem técnica
Uso de linguagem técnica na elaboração do material	A população se desinteressa pela leitura

**Tabela 2:** Escassez de espaço na mídia de massa para uma agenda positiva de Vigilância Sanitária

<b>Causas</b>	<b>Consequências</b>
Falta organizar os dados das ações de VISA, publicizá-los entre servidores para elaboração de uma agenda positiva	A própria VISA desconhece o impacto de suas ações

**Tabela 3:** Falta de alocação de recursos destinados à comunicação nos planejamentos de Vigilância Sanitária

<b>Causas</b>	<b>Consequências</b>
Falta de projetos específicos para divulgação das ações de VISA	Sociedade desinformada Visibilidade distorcida das ações de VISA
Falta de profissional técnico que desenvolva projetos em comunicação de VISA	Ausência de divulgação de uma agenda positiva

**Tabela 4:** Pouca participação da Vigilância Sanitária nos espaços institucionais da sociedade

<b>Causas</b>	<b>Consequências</b>
As ações da VISA são focadas em sua maioria na fiscalização, e não em ações educativas	A sociedade só conhece o lado do “poder de polícia” da VISA

### 3.2 ATORES SOCIAIS

O grupo identificou os atores sociais relacionados ao problema escolhido, que possuem interesses e valores, ou seja, sua motivação com relação a possíveis propostas para solução (Matus, 1996) e para possíveis mudanças, conforme tabela 5.

**Tabela 5:** Atores sociais

<b>Atores</b>
Universidade
Gestor de VISA

Conselho Municipal de Saúde
Sociedade Civil Organizada
Secretário Municipal de Saúde
Comunicador
Servidores de VISA

### 3.3 NÓS CRÍTICOS

Continuando a construção da árvore de problemas, o grupo classificou as causas dos vetores descritores do problema segundo sua natureza, em:

- Regras: normas formais ou de fato;
- Acumulação: capacidades ou incapacidades de produção, estoques, represamento, algo sedimentado, arraigado e internalizado;
- Fluxo: produção, movimento, jogada, ações, realizações.

Para a identificação dos nós críticos, foram selecionadas as causas relacionadas a fluxo, e as que o ator tem grau de governabilidade.

As causas dos descritores apontados foram discutidas e revistas. Como a capacitação dos profissionais e os recursos já estão incluídos no planejamento e no material de divulgação, o grupo identificou os nós críticos a serem trabalhados:

- Material de divulgação com linguagem incompatível com público alvo
- No planejamento das ações de VISA a educação sanitária não é priorizada

### 3.4 PLANO DE AÇÃO

Seguindo a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional proposto por Matus (1996), o grupo fez a sistematização do plano de ação, chegando às Matrizes.

Para cada nó crítico, foram definidas operações, que são meios de intervenção para o enfrentamento do problema, e para cada operação, foram elencadas as atividades. Foram

definidos os responsáveis por cada operação, os recursos, produto e resultado de cada operação. Importante ressaltar que durante o processo de construção das matrizes do Plano, o grupo mudou a ordem das atividades, foram incluídas algumas atividades em operações, reduziu operações, na busca de indicadores. Esse é um processo dinâmico, que deve ser constantemente discutido.

**Tabela 6: MATRIZ I – Vetor de Descrição de Resultados**

<b>Vetor de Descrição do Problema (VDP)</b>	<b>Vetor de Descrição do Resultado (VDR)</b>
Insuficiência de material educativo com linguagem de fácil acesso	Material suficiente e linguagem de fácil acesso
Escassez de espaço na mídia de massa para uma agenda positiva	Espaço ampliado na mídia de massa para uma agenda positiva
Falta de alocação de recursos em comunicação nos planejamentos de VISA	Alocação de recursos em comunicação nos planejamentos de VISA
Pouca participação de VISA nos segmentos organizados da Sociedade	Maior participação da VISA nos segmentos organizados da sociedade

**Tabela 7: MATRIZ II – Identificação das frentes de ação para o problema**

<b>Governabilidade - DENTRO das capacidades do ator</b>					
<b>Nó Crítico</b>	<b>Descritores</b>	<b>Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)</b>	<b>Possibilidade de ação (alta, média, baixa; qual ação)</b>	<b>Seleção (Sim / Não)</b>	<b>Politicamente oportuno</b>
Material de divulgação com linguagem incompatível com público alvo	Insuficiência de material educativo com linguagem de fácil acesso	Alto	Alto (sobre nó crítico)	Sim	Sim
	Escassez de espaço na mídia de massa para uma agenda positiva	Baixo			
	Falta de alocação de recursos em comunicação nos planejamentos de VISA	Alto			
	Pouca participação de VISA nos segmentos organizados da Sociedade	Baixo			
No planejamento das ações de VISA a educação sanitária não é priorizada	Insuficiência de material educativo com linguagem de fácil acesso	Alto	Alto (sobre nó crítico)	Sim	Sim
	Escassez de espaço na mídia de massa para uma agenda positiva	Baixo			
	Falta de alocação de recursos em comunicação nos planejamentos de VISA	Alto			
	Pouca participação de VISA nos segmentos organizados da Sociedade	Alto			

Tabela 8: MATRIZ III – Desenho das operações

	<b>Nós críticos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoio</b>	<b>Prazo</b>	
Divulgação dos temas da vigilância sanitária em linguagem incompatível com a sociedade	OP1	Levantamento do material existente			
	A1	Pesquisar material de divulgação existente	Sandra Mara	Assistentes administrativos	1 mês
	A2	Quantificar e qualificar materiais existentes de acordo com linguagem compatível com público alvo	Gyssia	Equipe multidisciplinar coordenada por Zilda	1 mês
	OP2	Elaboração do material com linguagem compatível com público alvo			
	A1	Selecionar público alvo por problema ou risco	Gustavo	Gerências Técnicas	1 mês
	A2	Identificar o conteúdo a ser divulgado	Gustavo	Gerências Técnicas	1 mês
	A3	Elaborar projeto básico para licitação de Consultoria em comunicação de Agência publicitária	Gyssia	Direção	1 mês
	A4	Acompanhar o processo licitatório e a contratação da agencia publicitária	Gyssia	Direção	5 meses
	A5	Identificar os tipos de linguagem com significado	Gyssia	Zilda (Técnica) e Agência publicitária	3 meses
	A6	Definir o material a ser elaborado e o tipo de mídia	Sandra	Chefes de núcleo e Agência publicitária	2 meses
A7	Elaborar materiais com linguagem significativa	Sandra	Agência publicitária	2 meses	
A8	Elaborar projeto básico para licitação para confecção do material	Gyssia	Direção	1 mês	
A9	Acompanhar o processo licitatório e a contratação para confecção do material	Gyssia	Direção	5 meses	
No planejamento das ações de VISA a inserção da educação sanitária não é priorizada	OP3	Inserir ações educativas no Planejamento da VISA			
	A1	Analisar as ações de educação sanitária no planejamento, identificando as ações educativas existentes	Gustavo	Gerências Técnicas	1 mês
	A2	Planejar as ações educativas para o publico alvo selecionado por risco/problema	Gustavo	Direção	2 meses
	OP4	Promover a participação da VISA nos canais dinâmicos de comunicação com a sociedade			
	A1	Identificar espaços sociais de troca de informações	Edson	Luciene, Silvéria, Consuelo, Edézio	1 semana
	A2	Priorizar os canais de maior relevância para os objetos da vigilância sanitária	Edson	Luciene, Silvéria, Consuelo, Edézio	1 semana
	A3	Propor uma Agenda Positiva de temas de vigilância sanitária	Edson	Luciene, Silvéria, Consuelo, Edézio	2 meses
	A4	Inserir os temas da agenda Positiva de vigilância sanitária nos espaços sociais	Gustavo	Gyssia, Sandra	4 meses

**Tabela 9: MATRIZ V – Avaliação das Operações que não exigem recursos econômicos**

Operação - Atividade		Recursos (organização, conhecimento, poder)	Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia
OP1	Levantamento do material existente	Organização, conhecimento, poder	Relatório do material existente	Diagnóstico do material	Alta	Alta
OP3	Inserir ações educativas no Planejamento da VISA	Todos	Ações educativas inseridas no planejamento da VISA	Recursos alocados para VISA	Alta	Alta
OP4	Promover a participação da VISA nos canais dinâmicos de comunicação com a sociedade	Todos	Temas de VISA inseridos nos canais de comunicação	Maior visibilidade da VISA pela sociedade	Alta	Alta

**Tabela 10: MATRIZ V – Avaliação das Operações que exigem recursos econômicos**

Operação - Atividade		Recursos (organização, conhecimento, poder)	Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia	
OP2	Elaboração do material com linguagem compatível	Todos os recursos	Organização, conhecimento, poder e econômico	Material elaborado	Material elaborado com significado para o público selecionado	Alta	Alta

**Tabela 11: MATRIZ VI – Orçamento das operações que exigem recursos econômicos**

Operações	Especificação da Despesa		Custo (R\$)		Fonte de Financiamento
	Quantidade	Custo Unitário	Mensal	Anual	
Elaboração do material com linguagem compatível			10.000,00	120.000,00	Fundo a Fundo (Recursos Federais)

**Tabela 12: MATRIZ VI – Orçamento das operações que exigem recursos econômicos detalhado**

Item	Especificação	Unidade	Qtde.	VI. Unit.	VI tot. (R\$)
1	Folder - Saúde do Trabalhador 45 x 21 cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	5.000	0,50	2.500,00
2	Folder - Direitos e Deveres do Trabalhador 31x21cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	5.000	0,28	1.400,00

3	Folder - Bronzeamento Artificial 31x21 4 x 4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	10.000	0,18	1.800,00
4	Folder - Salão de Beleza 41x25cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	6.000	0,38	2.280,00
6	Folder - Tatuagem e Piercing 51x30cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	10.000	0,64	6.400,00
7	Folder - Limpeza da Caixa de Água 31x21cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	10.000	0,17	1.700,00
8	Folder - Orientações e Cuidados no uso de Piscinas 31x21cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa. Faca especial, corte/vinco, dobrado	Unidade	10.000	0,20	2.000,00
9	Cartilha - Maquiagem Definitiva, Tatuagem e Piercing , capa: 21x42cm, 4x4 cores, tinta escala em couche liso 250g. Fotolito incluso prova dig. inclusa. Miolo: 32pags, 21x21cm, 4 cores, tinta escala em couchê, liso 170g. Dobrado, grampeado, cpt - computer do plate prova dig. inclusa. prolan frente, verniz, uv local, fr dobrado, vinco.	Unidade	5.000	3,00	15.000,00
10	Cartilha - Vigilância Sanitária, capa: 21x31cm, 4x4 cores, tinta escala em couche liso 150g. Cpt - computer do plate prova dig. inclusa.miolo: 20 págs., 15x21cm, 4 cores. Tinta escala em couche liso 90g, ctp-computer do plate dobrado, grampeado.	Unidade	5.000	0,70	3.500,00
12	Cartazes - Com Medicamentos não se brinca, 44x63cm, 4x4 cores. Tinta escala em couche fosco 170g. Ctp - computer do plate prova dig. inclusa.	Unidade	5.000	0,69	3.450,00
14	Livros - Vendendo Saúde - capa 24x70cm, 5x1 cores. Tinta escala em triplex 370g. Fotolito incluso prova dig. inclusa miolo: 160 págs, 24x22cm, 4 cores. Tinta escala em couche liso 150g. Ctp-computer to plate. Prova dig. inclusa. Lombada: 12mm, prolan frente, verniz, uv, local, fr, dobrado, hot melt, vinco, costurado	Unidade	5.000	16,00	80.000,00
<b>Total</b>					<b>120.030,00</b>

Obs: A entrega será de forma gradual, devendo ser observadas as seguintes determinações:

1. Participar das reuniões junto à equipe da VISA/DF para elaboração do material educativo;
2. Apresentar à VISA/DF o boneco de todo material executado para as devidas correções;
3. Responsabilizar, pelos serviços especificados em quantidade e qualidade compatível com o objeto licitado;
4. Cumprir todas as orientações do Contratante, para o fiel desempenho das atividades específicas;
5. Prestar todos os esclarecimentos solicitados pela contratante;
6. Arcar com todos os encargos sociais e trabalhistas, previstos na legislação vigente, no que diz respeito aos empregados;
7. Responsabilizar por quaisquer acidentes de que venham a ser vítimas os seus empregados em serviço;
8. Comunicar à Contratante toda e qualquer irregularidade ocorrida ou observada na execução dos serviços;
9. Disponibilizar à Contratante recursos humanos para a execução dos serviços;

10. Executar os serviços de acordo com as especificações constantes neste Termo;
11. Disponibilizar aos técnicos da VISA/DF, presentes na execução dos serviços, as notas, para visto e aprovação do que está especificado;
12. A Contratada deverá substituir, arcando com as despesas decorrentes, os materiais que apresentarem defeitos;
13. O Contratado é responsável pelos danos causados diretamente a Administração ou a terceiros;
14. A Contratante não aceitará, sob pretexto algum, a transferência de responsabilidade da Contratada para outras entidades;
15. É de responsabilidade da Contratada o conhecimento das características do material relacionado no objeto desta licitação

**Tabela 13: MATRIZ VII – Cronograma para sistema de vigilância/monitoramento**

NÓ CRÍTICO		CRONOGRAMA		
		Operação		
		Operação (OP)	Meses	Indicadores
Divulgação dos temas da vigilância sanitária em linguagem incompatível com a sociedade	OP 1	Levantamento do material existente	02	Total de material qualificado
	OP 2	Elaboração do material com linguagem compatível com público alvo	20	Total de material elaborado
NÓ CRÍTICO		CRONOGRAMA		
		Operação		
		Operação (OP)	Meses	Indicadores
No planejamento das ações de VISA a educação sanitária não é priorizada	OP 3	Inserir ações educativas no Planejamento da VISA	02	Ações educativas inseridas no planejamento da VISA
	OP 4	Promover a participação da VISA nos canais dinâmicos de comunicação com a sociedade	06	Número de inserção de temas de Vigilância Sanitária na pauta dos canais dinâmicos de comunicação com a sociedade

**Tabela 14: MATRIZ VIII – Construção de Indicadores**

Operação	Indicadores	Conceituação	Método de Cálculo	Categorias	Fontes
Levantamento do material existente	Total de material qualificado	Total de material existente com linguagem compatível com o público alvo existente na VISA/DF no ano de 2013	Material qualificado / material existente	VISA / DF	Núcleo de Educação

Elaboração do material em linguagem compatível com público alvo	Total de material elaborado	Total de material elaborado em linguagem compatível com o público alvo para divulgação das ações da VISA no DF, no ano de 2013.	Material específico / material elaborado	VISA / DF	Processo de compra
Inserir ações educativas no Planejamento da VISA	Ações educativas inseridas no planejamento da VISA	Total de ações educativas inseridas no planejamento de 2013 da VISA do DF	Ações educativas / ações planejadas	VISA / DF	Plano de ação da VISA do DF
Promover a participação da VISA nos canais dinâmicos de comunicação com a sociedade	Canais de comunicação com a sociedade	Total de canais de comunicação com a sociedade em que a VISA do DF está inserida, no ano de 2013	Canais inseridos / total de canais identificados	VISA / DF	Relatório de Gestão

### 3.5 GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO

A gestão do Plano de Ação é uma das principais fases do Plano,

e é fundamental que as operações sejam coordenadas e suas execuções acompanhadas. O sistema de monitoramento e avaliação do plano é que vai suprir as demandas de informação de outros sistemas e permitirá avaliar o desenvolvimento do plano tanto em relação aos seus resultados final quanto aos seus processos intermediários. (TR Construção de cenários, viabilidade e gestão do plano, do VII Encontro)

De acordo com Cunha (2001) e Matus (1996) percebe-se que a despeito da qualidade de um projeto de intervenção (projeto aplicativo), é vital se estruturar uma boa proposta de gerenciamento das ações, metas e indicadores. O grupo partiu da premissa para esta proposta, de que um planejamento não pode incorrer em travas à gestão das ações, o que significa dizer que se faz necessário um processo de monitoramento de metas por meio de bons indicadores durante a execução do plano e abertura suficiente para mensurar os resultados parciais, e promover os direcionamentos quando necessários.

Assim, definiu-se como medidas para gerenciamento, monitoramento e avaliação do plano, as seguintes estratégias:

#### 1. Ampliar o envolvimento dos atores envolvidos com o Projeto, por meio:

- a) Distribuição entre os atores de uma cópia do plano com todas as planilhas e responsabilidades pactuadas;
- b) Adotar comissão de monitoramento com governabilidade para apontar iniciativas e mudanças necessárias em face de ocorrências de novos fatores que impliquem prejuízos na obtenção dos resultados;
- c) Adotar calendário estruturado com datas pré-definidas para reuniões de monitoramento;
- d) Adotar relatórios com análise dos indicadores e divulgar para a comunidade e para os membros do projeto;

## **2. Realizar avaliação permanente do Plano:**

O processo de avaliação do plano deve ser permanente, considerando dados para se aperceber da efetividade das ações planejadas e das necessidades de recondução. As perguntas essenciais são aquelas que indicam se o plano está efetivamente alterando a situação problemática reconhecida e se ao alterá-la, se está alcançando efetivamente à situação desejada e da forma adequada.

Uma boa avaliação será capaz de indicar o quanto a avaliação inicial dos problemas e das medidas para superá-los foram corretas.

Neste processo, é necessário debruçar sobre a realização das ações projetadas (com base na situação inicial percebida, mencionada no item 3.1 – Descritores do Problema), seus cronogramas (conforme o item 3.4 – Plano de Ação) e qual o impacto e os motivos da não realização de ações, para que se possa buscar soluções pontuais para a resolução de aspectos que porventura possam surgir durante a execução do Plano.

Tecnicamente será adotado um processo de avaliação e monitoramento que conterà reuniões de avaliação de planilhas simplificadas, indicadas abaixo e obtidas a partir do referencial teórico.

Tabela 15: Ações planejadas e realizadas:

<b>Quais as atividades projetadas foram realizadas?</b>	<b>Quais os resultados Alcançados?</b>

Tabela 16: Ações planejadas e não realizadas:

<b>Quais as ações planejadas e não realizadas?</b>	<b>Qual o motivo da não realização?</b>	<b>Quais os prejuízos para o projeto?</b>	<b>Quais medidas adotar para superá-los?</b>

Tabela 17: Ações não planejadas e realizadas:

<b>Quais as ações não planejadas foram realizadas?</b>	<b>Qual o motivo da realização?</b>	<b>Quais os resultados obtidos?</b>	<b>Qual a contribuição desta atividade para o projeto?</b>

### **3. Adequar novas estratégias com base nos resultados obtidos na avaliação do Plano:**

Todo o processo é bastante dinâmico, e depende dos resultados obtidos no decorrer da execução do presente Projeto, que constarão nas Tabelas 15, 16 e 17, conforme acima. Com base nesses resultados, é que poderão ser discutidas novas ações e metas para se

conseguir chegar aos resultados propostos na Tabela 6 – Vetor de Descrição de Resultados, de acordo com a situação desejada, identificada no início do desenvolvimento deste.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como diz Lucchese (2001), não há dúvida que as ações executadas pela Vigilância Sanitária causam impacto e tem relevância sobre produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde, serviços prestados e proporcionam permanente avaliação e prevenção do risco à saúde. Além disso, buscam intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

Ocorre que a população muitas vezes não tem acesso às informações das ações e do papel da VISA, ou o acesso, quando é possibilitado, ocorre de forma ineficaz. Infelizmente, essa é uma realidade nas três esferas do governo, e foi por esse motivo que o presente trabalho foi desenvolvido.

A partir da implantação, acompanhamento e avaliação do Plano de Ação proposto, espera-se que a Vigilância Sanitária do Distrito Federal consiga chegar aos resultados esperados, de acordo com os problemas referenciados. Isso mostrará que a VISA pode realmente se comunicar com a sociedade, utilizando linguagem e conteúdo de forma adequada e compreensível aos diversos grupos alvo específicos, em espaço próprio nos meios de comunicação e divulgando suas ações, aproveitando os recursos específicos e alocados para esse fim. A partir disso, a população alvo tende a ampliar a sua compreensão sobre o assunto, problema, dano ou risco em questão, e refletir a respeito, privilegiando o desenvolvimento da sua autonomia, a fim de modificar seu estilo de vida e ser o agente de transformação. Com isso, toda a sociedade tende a ganhar...

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. Anvisa. 1. Ed: Brasília, 2007
2. BRASIL. **Lei 8080 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. [Internet]. [acesso em 2011 nov 17]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
3. BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2006
4. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. In Ciências e Saúde Coletiva, vol. 8, n2, p:569-584: Rio de Janeiro, 2003 [Internet]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_arttext)
5. CAMPOS, Francisco Eduardo e outros. **Vigilância Sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 129 p. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cad\\_saude/cad\\_saude4.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cad_saude/cad_saude4.pdf)
6. CORTES, Soraya Maria Vargas. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde**. In. Rev. Sociologias, n 7, Jan/Jun 2002: Porto Alegre, 2002. [Internet]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222002000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222002000100002&script=sci_arttext)
7. COSTA, Antonio Roberto Faustino e outros. **Modelos de comunicação pública da ciência: agenda para um debate teórico-prático**. In Rev. Comunicação e Cultura, Vol. 9, N. 18, 2010. [Internet]. Disponível em <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conexao/article/viewFile/624/463>
8. CUNHA, João Paulo. **Comunicação em Vigilância Sanitária**. in Cadernos de Saúde/Vigilância Sanitária / org CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquin e; TONON, Lídia Maria: Belo Horizonte: Coopmed, 2001 (105 p)
9. DUARTE, Ana Julia Calazans; TEIXEIRA, Márcia de Oliveira. **Trabalho e educação na saúde: Um olhar na Vigilância Sanitária**. [Internet]. Disponível em <http://www.foco.fae.ufmg.br/viiienpec/index.php/enpec/viiienpec/paper/viewFile/1157/358>
10. EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; MIRANDA, Isaura Cristina S. (colaboradora). **Saúde & Cidadania – Vigilância Sanitária. Para gestores municipais de serviços de saúde**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde - IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar - NAMH/FSP e Banco Itaú: São Paulo, 1998. [Internet]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume08.pdf)
11. LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e Regulação Sanitária – Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**, 2001, (Tese de conclusão do Curso de Doutorado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ). [Internet]. [acesso em 2011 out 20]. Disponível em [http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/VISA/Teses/tese\\_geraldo\\_lucchese.pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/VISA/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf)

12. MATUS, Carlus. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1996. 2v
13. PEREIRA, Carlos. **A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira 1985-1989**. In Revista Dados: Rio de Janeiro, 1996, v. 39, n. 3. [Internet] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52581996000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006)
14. ROZEMBERG, Brani e outras. **Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde**. In Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2002, vol 18 n.6: 1685-1694, nov-dez, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13265.pdf>
15. SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. In Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v7, n12, p.101-22, fev 2003. [Internet]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>
16. TEIXEIRA, Carmen Fontes; COSTA, Ediná Alves. **Vigilância da saúde e Vigilância Sanitária: concepções, estratégias e práticas**. [Internet]. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin\\_20.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf)
17. TERMOS DE REFERÊNCIA apresentados durante os encontros para a elaboração do presente Projeto

## **INSTITUTO SÍRIO – LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA**

Ana Carolina Damas Padilha  
Claudia Alexandra de Andrade  
Claudia Vera Neidert  
Cristiane Conceição de Barros  
Fabio Augusto Becker  
Izabel Schamne  
Kelsons Eduardo de Barros Amato  
Maria Consilia Bocchetti de Lara  
Raquel Pampuch

### **Dificuldade de Comunicação da Vigilância Sanitária com a População**

CURITIBA

2012

Ana Carolina Damas Padilha  
Claudia Alexandra de Andrade  
Claudia Vera Neidert  
Cristiane Conceição de Barros  
Fabio Augusto Becker  
Izabel Schamne  
Kelsons Eduardo de Barros Amato  
Maria Consilia Bocchetti de Lara  
Raquel Pampuch

## **Dificuldade de Comunicação da Vigilância Sanitária com a População**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-  
Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação  
como especialista em Gestão da Vigilância  
Sanitária.

Orientador: Flávio Magajewski

CURITIBA

2012

Ficha Catalográfica  
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar  
Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

**Ana Carolina Damas Padilha; Claudia Alexandra de Andrade; Claudia Vera Neidert; Cristiane Conceição de Barros; Fabio Augusto Becker; Izabel Schamne; Kelsons Eduardo de Barros Amato; Maria Consilia Bocchetti de Lara; Raquel Pampuch**

Dificuldade de Comunicação da Vigilância Sanitária com a População: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Curitiba, 2012. 37 p.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema único de Saúde. I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Dificuldade de comunicação da Vigilância Sanitária com a População

G333

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre as dificuldades de comunicação da visita com a população, visto que historicamente a vigilância sanitária tem priorizado ações de inspeção sanitária em detrimento de outras práticas. A pesquisa bibliográfica realizada utilizou fontes de dados disponíveis, bem como, projetos realizados com a população que foram exitosos. Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais e pontuais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população. Para que a educação popular em saúde possa se consolidar como uma prática educativa, deve ser incorporada no cotidiano do trabalho em saúde. Nesse sentido, incorporar um profissional de saúde qualificado na equipe do NASF, permitindo o desenvolvimento de ações coletivas promotoras da saúde e desencadear um processo de reflexão crítica nos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem e consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** *Educação em saúde, Estratégia Saúde da Família, Promoção da saúde, NASF, Gestão em Saúde.*

## SUMÁRIO

Resumo	4
1. Introdução	6
2. Objetivo Geral	8
3. Objetivo Específico	8
4. Contexto da Região Metropolitana	8
5. Educação em Saúde	9
6. Comunicação	10
6.1 Projetos de Educação em Saúde desenvolvidos na região	12
7. Núcleo de Apoio a Saúde da Família	12
8. Planejamento Estratégico, árvore de problemas, nós críticos e vetor descritivo de problemas	14
9. Indicadores	17
10. Projeto Aplicativo elaborado	17
10.1 Fluxograma Situacional	18
10.2 Matriz I - Vetor de Descrição de Resultados	19
10.3 Matriz II – Identificação das frentes de ação para o problema	20
10.4 Matriz III – Desenho das operações	21
10.5 Matriz IV – Identificação das demandas frente a outros atores	22
10.6 Matriz V – Avaliação das operações	23
10.7 Matriz VI – Orçamento das Operações que exigem recursos econômicos	24
10.8 Matriz VII – Cronograma para sistema de vigilância/monitoramento	25
10.9 Matriz VIII – Definição das variáveis críticas e cenários futuros para aplicação do plano	26
10.10 Matriz IX – Avaliação do interesse, valor e controle dos recursos críticos dos atores sociais por operação	27
10.11 Matriz X – Síntese da Gestão do Projeto Aplicativo (parte 1)	29
10.12 Matriz XI – Síntese da Gestão do Projeto Aplicativo (parte 2)	32
Referências Bibliográficas	35

## 1. Introdução

Tem-se observado que cada vez mais a Vigilância Sanitária tem sido foco de interesse nas políticas públicas voltadas para a promoção e proteção da vida. Ainda que as ações de Vigilância Sanitária sejam marcadas por atividades normativas, pela grande abrangência de suas ações, envolvendo produtos e serviços presentes no cotidiano da população, permite-se ocupar um espaço privilegiado de promoção da saúde, espaço este ainda pouco explorado na Educação em Saúde. Para tanto, faz-se necessário desenvolver ações capazes de aliar o saber técnico para a capacitação e envolvimento das pessoas na construção de políticas de saúde, possibilitando mudanças de práticas, no campo da saúde coletiva, que potencializem a promoção da saúde e o fortalecimento da cidadania.

Este trabalho pretende melhorar a relação da VISA com a sociedade, com o setor regulado e com o próprio SUS, do qual é parte integrante, essencial e estruturante, através da inserção de um profissional no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), responsável em promover ações intersetoriais de Educação Sanitária, envolvendo a Vigilância Sanitária, Assistência à Saúde, Assistência Social e Secretaria de Educação.

Para que a educação sanitária seja exitosa, é necessária a inovação de suas práticas, enfocando as múltiplas dimensões, utilizando-se metodologia pedagógica adequada, ativa, centralizada no "aprender fazendo". A comunicação não poderá ser meramente uma transmissão de mensagem, realizada de forma autoritária, mas sim envolver um processo democrático e descentralizado, com a circulação e interação de significados para a resolução de problemas sanitários encontrados (GRAZINELLI *et al.*, 2005; ALVES; AERTS, 2011) .

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) apresenta a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, como fatores determinantes e condicionantes de saúde.

A Vigilância em Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 3252/2009, objetiva a análise permanente da situação de saúde da população e articula um conjunto de ações para controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, incluindo abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde.

Ainda, segundo essa Portaria, as atribuições da Vigilância em Saúde abordam as ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e

controle das doenças e agravos à saúde, realizadas sob responsabilidade no nível federal pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nos níveis estadual e municipal, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas suas mais diversas organizações administrativas.

Porém, a Vigilância Sanitária apresenta junto à sociedade uma imagem distorcida. Perdura o seu poder de polícia de fiscalizar, multar, punir, advertir, apreender e inutilizar, ainda que essas sejam atribuições importantes que visam garantir o cumprimento das leis e que assegurem a saúde da população. O fiscal sanitário deve ser capacitado e sensibilizado para mudança de postura, para incorporar as atividades necessárias para a formação de uma consciência sanitária baseada na educação e na análise do risco sanitário, garantindo condições saudáveis de vida da população (FRANCO, 2012).

A vigilância sanitária precisa ser olhada numa perspectiva ampliada, pois se constitui em uma área com conhecimento e capacidade de intervenção de promover e proteger a saúde das pessoas. É fundamental que haja um reconhecimento do papel conscientizador da VISA e que essa utilize corretamente a comunicação a seu favor, não se limitando aos aspectos burocráticos e cartoriais, mas que assuma definitivamente sua tarefa de promover e proteger a saúde da população (FRANCO, 2012).

Neste sentido, a educação em saúde é fundamental para as ações de vigilância sanitária. Precisa ser construída a partir da democratização de um conhecimento que estimule a incorporação de novas práticas da saúde coletiva, valorizando o saber e a autonomia das pessoas, promovendo formação adequada de consciência sanitária para a construção da cidadania e a promoção da saúde. O Agente Comunitário da equipe de Saúde da Família, se bem orientado, pode ser um facilitador deste processo de educação sanitária, pois como está inserido naquela comunidade, conhece a cultura, os problemas e necessidades de saúde da população local e as dificuldades para enfrentá-los (ALVES; AERTS, 2011).

Sendo assim, para melhorar a comunicação entre VISA e sociedade, o presente trabalho pretende promover uma integração da Vigilância Sanitária com a Assistência à Saúde, através da inserção de um profissional no NASF. Este profissional atuará em conjunto com a equipe de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde, identificando as demandas necessárias de educação sanitária a serem trabalhadas na comunidade, bem como promoverá a transmissão de informações demandadas pela própria vigilância sanitária para a comunidade,

considerando a visão do risco sanitário envolvido. Também será atribuição deste profissional a articulação de parcerias intersetoriais com outras instituições na implementação de projetos já desenvolvidos de educação em sanitária.

Salienta-se ainda que a literatura pesquisada não demonstrou, até este momento, trabalhos relacionados à esta interação da Vigilância Sanitária com o NASF, o que demonstra ineditismo deste Projeto, motivando ainda mais a sua realização.

**2. Objetivo Geral:** Qualificar a comunicação da Vigilância Sanitária com a população, contribuindo para a sua transformação em aliados na promoção da saúde.

### **3. Objetivos específicos:**

Garantir recursos financeiros permanentes para a Educação Sanitária.

Incorporar na equipe do NASF um núcleo de competências para a Educação Sanitária.

Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de postura.

Aproximar VISA da Atenção à Saúde, contribuindo para a integralidade das ações no SUS.

Ampliar os vínculos da VISA com a sociedade, melhorando a função de comunicação de VISA.

Articular parcerias intersetoriais com outras instituições na implementação de projetos já desenvolvidos de educação em sanitária.

### **4. Contexto da Região Metropolitana:**

A descentralização da saúde é uma das diretrizes básicas para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. A descentralização pode ser caracterizada como a distribuição de responsabilidades, de recursos e de poder. Acredita-se que, para a descentralização das ações de VISA resultar em maior impacto para a proteção da saúde da população, as responsabilidades entre os gestores do SUS devem ser pactuadas e implementadas de forma integrada entre os entes federativos.

Em tese, cabe ao Estado a execução de ações de VISA de baixa, média e/ou alta complexidade (gestão plena); apenas os municípios habilitados a executá-las, de acordo com as condições de gestão previstas na NOB SUS 01/96, é que terão esta responsabilidade. Na prática, executar ações de vigilância sanitária de alta complexidade requer capacidade técnica e recursos humanos especializados,

exigência que muitos municípios de médio e pequeno porte não têm condições de manter, pelo menos por enquanto, ficando o Estado como o principal executor dessas ações.

Portanto, os municípios deverão através da assinatura do termo de compromisso de Gestão Municipal, assumir as responsabilidades conforme a modalidade de gestão que se enquadram definidas na NOB SUS 96 (BRASIL, 1996) e na NOAS SUS 01/02 (BRASIL, 2001) e substituída no Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A região metropolitana de Curitiba é composta por 29 municípios. Segundo dados do COMEC (Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba) é a oitava região metropolitana mais populosa do Brasil com 3.223.823 de habitantes, concentrando 30,86% da população do Estado. Curitiba, com 1.851.213 habitantes (população residente) é a cidade mais populosa desta região e Doutor Ulisses, com 6.147 (população residente) é a de menor população. A extensão territorial da região metropolitana de Curitiba compreende 15.231,874 Km<sup>2</sup>, representando a segunda maior região metropolitana do país. Esta região metropolitana é representada pela 2ª Regional Metropolitana de Saúde (RMS).

Conforme informado pela 2ª RMS, os municípios desta região que estão na modalidade de Gestão Plena são: Tijucas do Sul, Curitiba, São José dos Pinhais e Araucária. Todos os 29 municípios desta região apresentam Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto que somente 07 possuem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

## **5. Educação em Saúde**

Conforme foi preconizado nas Diretrizes da Educação para a Saúde, editada pelo Ministério da Saúde, Educação em Saúde é definida como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde” (BRASIL, 1980). Neste sentido, as ações de educação em saúde em vigilância sanitária podem colaborar para a promoção da saúde, considerando que a política de promoção da saúde deve atuar para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades (BRASIL, 2002).

Tem-se observado que as ações de promoção e prevenção são realizadas sobre os usuários e não com a participação ativa deles; desenvolvem-se ações sobre as pessoas e não com o envolvimento delas (CAMPOS, 2007). As práticas educativas utilizando-se de metodologia com ênfase conteudista, normativa e cientificista não tem

sido efetivas para a transformação de saber instituído em comportamento preventivo (GRAZZINELLI *et al.*, 2005).

Se a educação em saúde for relegada ao segundo plano, os programas serão ineficazes ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades oriundas de normativas estabelecidas pela lógica política ou administrativa. Entretanto, quando se promove a educação em saúde, a troca de experiências e práticas potencializa as ações de promoção à saúde; os indivíduos se empoderam de conhecimentos que lhes permitem compreender ativamente o processo saúde-doença. Com este empoderamento, promove-se a saúde, na medida em que o aumento do poder da comunidade sobre seus destinos facilita a incorporação de condutas que melhoram a qualidade de vida (CARVALHO; GASTALDO, 2008), processos estes necessários para que se cumpram os objetivos da vigilância sanitária.

A educação em saúde, fundamental para as ações de vigilância sanitária, precisa ser construída a partir da democratização de um conhecimento que estimule a incorporação de novas práticas da saúde coletiva, valorizando o saber e a autonomia das pessoas. Para a resolutividade das ações de vigilância sanitária, que envolvem a promoção e proteção da saúde das pessoas, sob o prisma da equidade, voltada para os interesses sanitários, quando estes se contrapõem aos interesses econômicos, ela não pode se desvincular das práticas educativas voltadas para a saúde, especialmente numa sociedade em constante transformação, na qual se deve identificar o que os indivíduos sabem e no que acreditam, sentem e fazem, para que possam ser programadas ações adequadas de formação para a consciência sanitária (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Neste sentido, o Agente Comunitário da equipe de Saúde da Família, se bem orientado, pode ser um facilitador deste processo de educação sanitária, pois como pertence àquela comunidade, ele conhece a cultura, os problemas e necessidades de saúde da população local e as dificuldades para enfrentá-los (ALVES; AERTS, 2011).

No entanto, tem se observado grandes dificuldades para a realização da educação sanitária de uma forma mais ampla, mais integrada, em parcerias entre a Vigilância Sanitária e a Assistência à Saúde.

## **6. Comunicação**

Para que a comunicação em saúde seja efetiva e atinja seus objetivos é imprescindível inovar estas práticas e focar as múltiplas dimensões envolvidas. É necessário se construir um processo democrático e descentralizado, construindo de

forma coletiva, soluções para os problemas encontrados. Assim, a comunicação passa a ser considerada como a circulação e interação de significados (LIMA; VILASBOAS, 2011).

Natansohn (2004) relata que quando campos da saúde pública e da comunicação social decidem entrar em diálogo, precisam enfrentar estas considerações e entender que em cada ato de comunicação de mensagens sobre a saúde, por exemplo, há muito mais do que a absorção (ou não) de informações. Há complexos processos sociais de instituição de imaginários, de trocas de significados, de fantasias e fantasmas, de usos, de resignificações culturais, a partir dos quais a saúde e a doença adquirem sentido.

Esta metodologia pressupõe o questionamento da realidade, problematizando-a, propondo soluções, “utilizando para isso o pensamento lógico, a criatividade, a intuição, a capacidade de análise crítica, selecionando procedimentos e verificando sua adequação”, que são fundamentais para que ocorram as transformações sociais (BRASIL, 1997).

A comunicação passa de instrumental à estratégia, para a mudança do modelo de atenção à saúde, sendo impulsionador de um novo pensar em saúde e comunicação.

No entanto, no âmbito da saúde pública brasileira, ainda é preciso superar a visão instrumental e simplista da comunicação como um processo de transmissão de informações de um emissor a um receptor, um modelo que não dá a devida importância ao restante do processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores envolvidos. A comunicação se afirma como elemento essencial para a promoção da saúde, ao funcionar como uma área estratégica para interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos. Essa troca deve acontecer de forma contínua no lar, na escola, no ambiente de trabalho e em muitos outros espaços coletivos (NATANSOHN, 2004).

É fundamental definir estratégias mais eficazes, com abordagens específicas e linguagem adequada a cada situação, para sensibilizar diferentes atores sociais, como empresários, representantes de classes, líderes comunitários e formadores de opinião, envolvendo toda a sociedade nesse processo de comunicação.

As políticas governamentais de comunicação não acompanharam o processo de descentralização. Em geral, trabalha-se com um discurso único e os atores apenas reproduzem a mensagem hegemônica do governo, um modelo típico das campanhas. Não há interação com a população. Como diria Paulo Freire, “sem diálogo, não há comunicação, nem educação”.

### **6.1. Projetos de Educação em Saúde desenvolvidos na região – Referencial Empírico**

A realização de parcerias intersetoriais é fundamental na Educação em Saúde. Como exemplos de estratégias exitosas que foram realizadas no âmbito dos municípios da região metropolitana de Curitiba podem ser referenciados os Projetos “Veterinário Mirim”, “Agente Mirim da Saúde” e “Educanvisa”, desenvolvidos em Pinhais e o “Agente Sênior Contra a Dengue” de Curitiba.

Tanto os Projetos “Veterinário Mirim” e “Agente Mirim de Saúde” quanto o “Educanvisa” (este último promovido pela ANVISA), implantados em Pinhais pelo Departamento de Vigilância em Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, têm como foco a educação em saúde para as crianças. O Projeto “Agente Sênior Contra a Dengue”, desenvolvido em Curitiba, contou com o apoio de grupos de idosos já organizados nas diversas instituições, aproveitando a potencialidade de suas características de comunicação e credibilidade junto a seus familiares e comunidade para promover a prevenção da dengue, além de permitir também a inclusão do idoso, renovando o papel social dessas pessoas, valorizando a sabedoria acumulada pelos anos de experiência.

### **7. Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária da Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, ampliando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família.

A composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família.

As diretrizes que apóiam o NASF são as relativas à Atenção Primária à Saúde, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos

profissionais e da população; desenvolvimento de noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização.

As intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamentos das equipes de Saúde da Família, mediante discussões e negociações a priori entre profissionais responsáveis pelo caso.

Devem ser lembradas, ainda, as diversas modalidades de intervenção no território, por exemplo, no desenvolvimento de projetos de saúde no território, no apoio ao grupo; nos trabalhos educativos e de desenvolvimento social; no enfrentamento de situações de violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos. Todas são tarefas a serem desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e outros setores interessados.

O NASF é composto de nove áreas estratégicas, são elas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

Nesta lógica foram privilegiadas as seguintes categorias profissionais no NASF 1 e 2, através da Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Nesta multidisciplinaridade de profissionais da atenção primária à saúde, com atuações definidas, a inserção de ações de vigilância em saúde será de fundamental importância para a estruturação do NASF e a integralidade das ações.

Nesse sentido, promover ações de educação popular em saúde, tendo como finalidade a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas, deve ser orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho, do seu conhecimento (BRASIL, 2008).

## **8. Planejamento estratégico, árvore de problemas, nós críticos, vetor descritivo de problemas e Fluxograma Situacional**

Toni (2004) cita que o Planejamento Estratégico e Situacional, sistematizado originalmente pelo economista chileno Carlos Matus, diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. Quando nos perguntamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, estamos começando a debater o problema do planejamento. A grande questão consiste em saber se somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia, como a força da correnteza de um rio, ou se sabemos onde chegar e concentramos nossas forças em uma direção definida. O planejamento, visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países.

Tancredi (1998) refere que o método Planejamento Estratégico e Situacional (PES) serve como um arcabouço para o planejamento político e estratégico e pode ser um instrumental a ser utilizado pelas equipes municipais de saúde e outros atores envolvidos no planejamento, aqui entendido como uma ferramenta que possibilita alcançar um ponto desejável no futuro, tornando um caminho concreto mediante análise da situação, dos recursos disponíveis e da posição dos atores que controlam os recursos.

Martins (2009) refere que o planejamento estratégico situacional desenvolvido por MATUS (1989) utiliza uma técnica chamada *árvore explicativa*. Nela são definidos os encadeamentos dos descritores do problema com suas causas imediatas e destas com suas próprias causas, e assim sucessivamente, até o ponto em que se considera o problema suficientemente explicado. Neste ponto, torna-se interessante conceber o mesmo processo para diante, identificando as conseqüências dos descritores do problema, ou seja, os problemas que são provocados pela existência do problema que se está tratando. Assim, ao desenhar a árvore explicativa é importante distinguir do conjunto do espaço do problema, aquilo que está além da capacidade dos atores que planejam. Àquilo que permanece dentro de seu campo de ação denomina-se o espaço dos atores.

Melleiro (2005) diz que o método PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Logo, processar problemas implica em explicar como ele nasce e como se desenvolve, fazer planos para atacar as suas causas, analisar e construir a viabilidade política do plano, o que corresponde

a ter uma visão real dos problemas locais, sem generalizá-los na descrição e nas propostas de solução.

Azevedo (1999) cita que processo de planejamento, concebido por Matus, envolve quatro momentos fundamentais, os quais, é preciso que fique bem claro, não se confundem com etapas. A idéia de momento indica instância, circunstância ou conjuntura de um processo contínuo que não tem nem início nem fim determinados. Nenhum momento está isolado dos demais. O que ocorre é um domínio passageiro de um momento sobre os demais ao longo do processo. São eles: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional.

**O momento explicativo** é aquele onde se está indagando sobre as oportunidades e problemas que enfrenta o ator que planeja e buscando, antes de tudo, explicar suas origens e causas. Relaciona-se à compreensão do que foi e do que tende a ser a realidade.

**O momento normativo** corresponde ao desenho de como deve ser a realidade, que, no planejamento tradicional, se confunde com todo o processo de planejamento. Significa a operação que supere os problemas cruciais (chamados de nós críticos), permitindo estabelecer as operações que, em diferentes cenários, levam à mudança da situação inicial em direção à situação objetivo.

**O momento estratégico** se relaciona à questão da viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. É nesse momento que deve se dar o cálculo para a superação dos obstáculos que se colocam para a efetivação de mudanças, sejam eles relativos à escassez de recursos econômicos, políticos ou institucionais-organizacionais. Está centrado na identificação do "que pode ser".

**O momento tático-operacional** é "o fazer" — é o momento decisivo do planejamento situacional. Já que o planejamento é concebido como cálculo que precede e preside a ação. As possibilidades ou o alcance do processo de planejamento se darão pela capacidade desse cálculo alterar, conduzir, orientar as ações presentes. É o momento tático-operacional que articula o planejamento situacional de conjuntura com o planejamento de situações-perspectivas.

Azevedo (1999) refere que no planejamento situacional, a ênfase é colocada no momento da ação e usa a exploração do futuro como recurso para dar racionalidade à ação. Cálculo e ação são inseparáveis e recorrentes. Assim, o planejamento é o cálculo que precede e preside a ação. Introduce a noção de que o planejamento está voltado para o presente, já que a única forma de construir o futuro é atuar, e só é possível agir no presente. Toda ação concreta se faz no presente, para

impactar o futuro desejado. Assim, a decisão sobre o que fazer hoje será eficaz ou não para a construção do futuro desejado.

Para Lida (1993) a solução de um problema depende de seu correto entendimento e da formulação de um modelo adequado para interpretá-lo. Do contrário, arrisca-se a tratar apenas dos sintomas, sem erradicar as suas causas, ou resolvê-lo apenas parcialmente.

Ainda, este autor refere que neste método, o futuro não é determinístico e a realidade é continuamente acompanhada. Quando houver uma mudança da situação real o plano é imediatamente ajustado.

Para testar se os descritores estão bem formulados, faz-se a pergunta: caso sejam eliminadas as cargas negativas dos descritores, o problema seria resolvido? Se a resposta for afirmativa, ele estará bem descrito (IIDA, 1993).

Este autor reflete que o problema social é de natureza situacional ou seja, depende de quem o considere como sendo um problema. O que é problema para um, pode ser uma oportunidade para outro.

Para Bernardino (2006) alguns nós explicativos são essenciais para a mudança dos descritores do problema, estes são denominados nós críticos. Os critérios para selecionar os nós críticos foram os seguintes: causas que tem alto impacto sobre o VDP (Vetor de Descrição de Problemas), ser um centro prático e oportuno de ação, ou seja, algum dos atores devem ter governabilidade sobre os nós-críticos e ações planejadas demonstrarem viabilidade política durante o período do plano.

Na análise do problema por meio da “árvore de problemas” são definidos os descritores do problema (VDP); as causas que determinam o problema; as conseqüências do problema; a cadeia lógica multicausal entre descritores, causas e conseqüências.

Na elaboração da árvore explicativa do problema, são verificadas as causas para este problema, sendo cada causa denominada de “nó explicativo”.

As causas chaves sobre as quais o ator deve e pode atuar são denominadas de “nós críticos”. Somente a mudança dos nós críticos pode alterar o VDP dos problemas.

A seleção de nós críticos consiste em identificar entre as causas que explicam o problema e aquelas que, quando modificadas, por si só promovem a alteração de outra ou de uma série de causas. A essa série denomina-se cadeia causal. Portanto, para alterar o VDP, é necessário construir operações capazes de alterar os nós críticos do problema (ALVES; LIMA, 1991).

## 9. Indicadores

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A construção de um indicador, para Lima (2009), é um processo que pode variar desde a simples contagem direta de casos até índices mais sofisticados. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informações empregados. O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicados em condições similares).

## 10. Projeto Aplicativo elaborado

Conclui-se a “árvore de problemas” quando os planejadores consideram que as principais relações causa-efeito foram referenciadas e que, portanto, já se tem uma caracterização da situação problemática. Os nós críticos selecionados para este estudo foram aqueles considerados de maior impacto sobre o Vetor Descritivo do Problema (VDP) nos quais o ator declarante tem maior governabilidade sobre as causas. Mediante as correlações efetuadas entre causas, VDP, consequências e determinação dos nós-críticos foi elaborado o Fluxograma Situacional (uma vez que o modelo em Árvore não ficou adequado para este Projeto).

O Fluxograma Situacional e as planilhas I e II demonstram o momento explicativo deste trabalho. O momento normativo está representado pelas Planilhas III, IV, V e VI. O momento tático-operacional encontra-se esquematizado na Planilha VII. A matriz de viabilidade do projeto, representando o momento estratégico, está demonstrada nas Planilhas VIII e IX. As Planilhas X e XI representam uma síntese destes quatro momentos neste projeto.

## 10.1 Fluxograma Situacional

NO CRITICO	CAUSA	DESCRIPTOR	CONSEQUENCIAS	
NC1	Processo de trabalho em VISA não privilegia a Educação em Saúde	Linguagem utilizada na Educação Sanitária é muito técnica e pouco efetiva	Metodologia pedagógica inadequada não sensibiliza para a mudança de postura sanitária	Priorização de recursos aplicados para a área de fiscalização
	Formação acadêmica deficiente na área pedagógica		conhecimento da população é muito pequeno em relação ao nosso referencial técnico	
	A VISA é dominada por modelo político jurídico		Desconfiança sobre as ações da VISA perante a população	
	Predomínio da cultura de poder de polícia			
NC2	Postura do fiscal de saúde inadequada	Vínculo frágil entre VISA E POPULAÇÃO		
	Predominância do modelo burocrático nas ações da VISA			
	Falta de projetos direcionados à população			
	Falta de política da VISA nos espaços democráticos			
NC3	Falta de planejamento	Ausência de aplicação de recursos financeiros para a educação em saúde		
	Priorização de ações administrativas sobre as educativas			
	Falta de fiscalização na utilização de recursos financeiros			
NC4	Falta de política de comunicação das VISAS	Mídia vinculando de forma negativa os assuntos referentes a VISA		
	Mídia com pouco conhecimento sobre as ações de VISA			
	Mídia sensacionalista			

Legenda: alta governabilidade; media governabilidade; baixa governabilidade

## 10.2 Matriz I - Vetor de Descrição de Resultados:

Vetor de descrição do problema (VDP)	Vetor de Descrição do resultado (VDR)
Linguagem utilizada na educação sanitária pela VISA é muito técnica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários* satisfeitos}}{\text{N}^\circ \text{ de usuários total da VISA}} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> <li><b>OBS:</b> Usuário refere-se ao público alvo da pesquisa (usuário dos serviços de VISA), que poderá ser o setor regulado ou a comunidade, ou seja, quem recebeu determinada orientação/ação da VISA.</li> </ul> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de interdições no ano} - \text{N}^\circ \text{ de interdições no ano anterior}}{\text{N}^\circ \text{ de interdições no ano anterior}} \times 100$
Vínculo frágil entre VISA e população	<p>Nº de participações da VISA em eventos comunitários e reuniões de controle social</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de denúncias para VISA no ano} - \text{N}^\circ \text{ de denúncias no ano anterior}}{\text{N}^\circ \text{ de denúncias no ano anterior}} \times 100$
Mídia vinculando assuntos de VISA de forma negativa.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de notícias negativas sobre VISA}}{\text{N}^\circ \text{ de notícias sobre VISA}} \times 100$
Ausência de recursos financeiros destinados a educação sanitária.	$\frac{\text{Total orçamentário para ed. Sanitária}}{\text{Total de recursos para saúde ou VISA}} \times 100$ $\frac{\text{Total empenhado para ed. Sanitária}}{\text{Total orçamentário para VISA ou educação}} \times 100$

O Vetor de Descrição do Resultado (VDR) corresponde às modificações que se pretende alcançar para cada Vetor de Descrição do Problema (VDP).

Para exemplificar a utilização dos VDP e VDR, podemos considerar o VDP1 (linguagem utilizada pela VISA é muito técnica) e, cuja modificação, poderá ser mensurada ao utilizar-se os VDRs que indicam o percentual de usuários satisfeitos com a VISA e o que avalia o impacto produzido no número de interdições (se o indicador der resultado positivo, significa que o número de interdições está sendo maior que no ano anterior, e, por consequência, a linguagem não está sendo interpretada de forma clara pelo setor regulado, e ele por sua vez não atendeu às adequações necessárias).

### 10.3 Matriz II – Identificação das frentes de ação para o problema

<b>I – Governabilidade – Dentro das Capacidades do Ator</b>			
<b>Nós Críticos</b>	<b>Impactos sobre os descritores (alto, médio, baixo)</b>	<b>Possibilidade de ação (alta, média, baixa; qual ação)</b>	<b>Seleção (sim/não)</b>
1) Falta de Planejamento na Gestão de VISA	alto	alto	Sim
2) Processo de trabalho em VISA não privilegia Educação em Saúde	alto	médio	Sim
3) Postura do fiscal sanitário inadequada	alto	baixo	Sim
4) Falta de política de comunicação das VISAs	alto	baixo	sim
<b>I – Governabilidade – Fora das Capacidades do Ator</b>			
<b>Nó Crítico</b>	<b>Impactos sobre os descritores (alto, médio, baixo)</b>	<b>Possibilidade de ação (quem pode e o que pode fazer)</b>	<b>Seleção (sim/não)</b>
Não se aplica			

A Matriz II analisa o impacto de cada um dos nós críticos identificados e explicita a possibilidade de atuar sobre eles conferindo um nível de valor (alto, médio ou baixo) sobre a governabilidade das capacidades do ator (ator é uma personalidade única ou mesmo um grupo de pessoas que é ou são capazes de transformar uma realidade).

### 10.4 Matriz III – Desenho das operações

<b>Nós Críticos</b>	<b>Operações e atividades</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoios</b>	<b>Prazo (meses)</b>
1) Falta de Planejamento na Gestão de VISA	<p><b>OP1:</b> Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada</p> <p><b>A1:</b> Envolver os vários atores sociais na elaboração dos Planos de VISA.</p> <p><b>A2:</b> Incluir no PPA e na LOA recursos para educação sanitária</p>	Coordenador de VISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenador Financeiro do FMS</li> <li>- Conselho de Saúde</li> <li>- Secretário de Saúde</li> <li>- Secretário de Administração</li> <li>- Trabalhadores da VISA</li> </ul>	12
2) Processo de trabalho em VISA não privilegia Educação em Saúde	<p><b>OP2:</b> Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação Sanitária.</p> <p><b>A1:</b> Capacitar os ACS para ações de educação sanitária.</p> <p><b>A2:</b> Coordenar as ações de educação sanitária realizadas pelos ACS.</p> <p><b>A3:</b> Implantar os projetos “Veterinário Mirim” e “Educanvisa”, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.</p> <p><b>A4:</b> Implantar o Projeto “Agente Sênior Contra a Dengue”, em parceria com Entidades representativas da Terceira Idade.</p>	Coordenador de VISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenador do NASF</li> <li>- Coordenador do Depto. Assistência à Saúde;</li> <li>- Coordenador ESF</li> <li>- Secretário de Saúde;</li> <li>- Secretário Municipal de Educação;</li> <li>- Representantes de Instituições da Terceira Idade.</li> </ul>	12
3) Postura inadequada do fiscal sanitário	<p><b>OP3:</b> Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de postura.</p> <p><b>A1:</b> Realizar cursos, reflexões e oficinas sobre ética para o profissional de VISA.</p> <p><b>A2:</b> Realizar cursos, reflexões, oficinas e vivências sobre avaliação de riscos nas inspeções sanitárias.</p>	Coordenador de VISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretário de Saúde.</li> <li>- Coordenador do Departamento de Vigilância Sanitária.</li> </ul>	6

4) Falta de política de comunicação das VISAs	<p><b>OP4:</b> Criar uma rede de comunicação de VISA.</p> <p><b>A1:</b> Desenvolver dentro da VISA a função de agente de comunicação.</p> <p><b>A2:</b> Produzir e distribuir notícias sobre as ações de VISA.</p> <p><b>A3:</b> Implantar uma Ouvidoria da VISA e/ou integrá-la com outras Ouvidorias Municipais.</p>	Coordenador de VISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretário Municipal de Saúde;</li> <li>- Coordenador do Departamento de Vigilância Sanitária;</li> <li>- Técnicos de VISA</li> <li>- Coordenador Municipal de Comunicação;</li> <li>- Coordenador do Departamento Municipal de Ouvidoria;</li> <li>- Representantes da Mídia (rádios, jornais e internet);</li> </ul>	12
---	--	---------------------	---	----

As operações consistem em compromissos de ação, meios de intervenção ou ações criativas que se realizam para enfrentar o problema e para alcançar a situação desejada, utilizando vários tipos de recursos que criam produtos e resultados. Os produtos referem-se a bens e serviços produzidos, fatos políticos, conhecimentos gerados ou transferidos, normas, leis ou regulações criadas, organizações, sistemas; comumente em cada operação prevalece um tipo de produto. Os resultados correspondem ao impacto produzido sobre os descritores do problema. É necessário também avaliar os prazos para alcançar os resultados pretendidos.

Para cada nó crítico selecionado que está sobre a governabilidade do ator que explica o problema, foi construída uma operação e atividades a esta relacionadas, conforme foi demonstrado na Matriz III (Desenho das Operações).

#### 10.5 Matriz IV – Identificação das demandas frente a outros atores

Nós Críticos	Demanda	Responsável	Apoios	Prazo

OBS: Não se aplica porque não existiram nós críticos fora das capacidades do ator

### 10.6. Matriz V – Avaliação das operações

I. Não existem Recursos Econômicos					
Operação	Recursos (organização, conhecimento, poder)	Produto	Resultados	Eficiência (alta, média, baixa)	Eficácia (alta, média, baixa)
<b>OP1:</b> Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada	<p><b>Conhecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos Humanos capacitados em planejamento e gestão.</li> </ul> <p><b>Poder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão política de priorização de ações de Educação Sanitária.</li> </ul> <p><b>Organização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência da função de Planejamento na VISA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- LOA com recursos para educação sanitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações de educação sanitária conforme PA</li> </ul>	- alta	-alta
<b>OP2:</b> Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação Sanitária.	<p><b>Conhecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos Humanos capacitados para Educação Sanitária;</li> </ul> <p><b>Poder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão política de incorporação de um profissional de referência para educação sanitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissional capacitado e incorporado no NASF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações de educação sanitária articuladas com a assistência à saúde</li> </ul>	- média	- média
<b>OP3:</b> Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de postura.	<p><b>Conhecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos Humanos com pessoal qualificado para o treinamento dos profissionais em VISA.</li> </ul> <p><b>Poder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão política para a capacitação dos profissionais de VISA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissional com bom senso, ética e com critérios para avaliação de risco sanitário nas inspeções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ação qualificada, baseada em critérios de risco (relatórios de inspeção, auto/termos, etc).</li> </ul>	- média	- média
<b>OP4:</b> Criar uma rede de comunicação de VISA.	<p><b>Conhecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos Humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de Comunicação vinculada à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento do número de notícias positivas</li> </ul>	- média	- média

	capacitados para comunicação de VISA.  <b>Poder:</b>  - Decisão política para criar uma rede de comunicação de VISA.  <b>Organização:</b>  - Existência da função de comunicação de VISA.	internet, rádios, jornais e à Ouvidoria.	sobre VISA.  - Ampliação do uso da Ouvidoria pela população.		
--	---	--	--	--	--

A cada operação desenhada, analisa-se a relação recurso-produto-resultado para estabelecer a eficiência, com a utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando “desperdícios”, e eficácia através das ações produzidas de forma a se alcançar os melhores resultados possíveis, principalmente em relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa).

#### 10.7 Matriz VI – Orçamento das Operações que exigem recursos econômicos

Operações	Especificação da Despesa		Custo ( R\$)		Fonte de Financiamento
	Quantidade	Custo unitário (R\$)	Mensal	Anual	
OP1: Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada	- 6 (seis) profissionais capacitados em planejamento e gestão	4500,00	-----	27.000,00	- FMS (custeio/projeto)

<b>OP2:</b> Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação Sanitária	- 01 profissional capacitado para educação sanitária	4500,00	-----	4.500,00	- FMS (custeio/projeto)
	- contratação do profissional para atuar no NASF	3500,00	3500,00	45.500,00	- Recurso NASF (custeio/atividade)
<b>OP3:</b> Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de postura.	- 01 profissional qualificado	2000,00	-----	2.000,00	- FMS (custeio/projeto)
<b>OP4:</b> Criar uma rede de comunicação de VISA.	- 02 profissionais capacitados	4500,00	-----	9.000,00	- FMS (custeio/projeto)

Na matriz VI, a partir das operações, foram estimados os recursos econômicos necessários e as fontes de ingresso ou financiamento requerido. A base de cálculo levou em consideração a especificação da despesa, uma vez que ela identifica a quantidade (número de profissionais) e o custo unitário.

### 10.8 Matriz VII - Cronograma para sistema de vigilância/monitoramento

PARA CADA NÓ CRÍTICO				
OPERAÇÃO (OP)	MESES	INDICADORES	FONTE	OBSERVAÇÃO
<b>OP1:</b> Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada.	12	$\frac{\text{Total orçamentário para ed. Sanitária}}{\text{Total de recursos para saúde ou VISA}} \times 100$  $\frac{\text{Total empenhado para ed. Sanitária}}{\text{Total orçamentário para VISA ou educação}} \times 100$	Plano Anual de VISA	Destinar uma parte da verba em educação em saúde.
<b>OP2:</b> Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação	12	Profissional incorporado	Concurso Público Remanejamento	Profissional com experiência em VISA com ênfase na educação

Sanitária.			intrainstitucional	
<b>OP3:</b> Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de postura.	6	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitações que o fiscal participou}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitações oferecidas}} \times 100$	Cursos de capacitação, Especialização	Cursos oferecidos pela 2ª Regional de Saúde, ANVISA, SMS
<b>OP4:</b> Criar uma rede de comunicação de VISA.	12	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de notícias prod. pela VISA no ano} - \text{N}^\circ \text{ de notícias prod. pela VISA no ano anterior}}{\text{N}^\circ \text{ de notícias sobre VISA no ano anterior}} \times 100$  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de notícias negativas sobre VISA}}{\text{N}^\circ \text{ de notícias sobre VISA}} \times 100$	Jornais, Internet, Rádio	Notícias relacionadas com ações de VISA.

Na matriz VII, a partir das operações que cada nó crítico exige, foi estimado um prazo para que essa operação fosse atingida, com base nos indicadores estabelecidos. Indicador é uma representação numérica ou não que, considerando nossas referências e critérios, permite-nos, a partir da “preferência” que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças), produzir informações visando a elaborar um conhecimento (quantitativo e/ou qualitativo) sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado.

### **10.9 Matriz VIII – Definição das variáveis críticas e cenários futuros para aplicação do plano.**

Variáveis (fora do controle do ator principal)	Cenários		
	Teto	Centro	Piso
<b>Econômica</b>	Crescimento Econômico aumentando arrecadação	Arrecadação estável	Recessão Econômica reduzindo arrecadação
<b>Política – eleições municipais</b>	Eleição de prefeito favorável aos projetos sociais	Eleição de prefeito indiferente aos projetos sociais	Eleição de prefeito desfavorável aos projetos sociais
<b>Técnica</b>	Oferta de cursos de comunicação e educação em saúde	Oferta de cursos de comunicação e educação em saúde, porém em outros	Falta de Oferta de cursos de comunicação e educação em saúde

		Estados.	
<b>Organizacional</b>	Corpo de funcionários estáveis e atrativos salariais	Vínculo profissional temporário e piso salarial da categoria	Alta rotatividade de funcionários por ingerências política e por baixos salários

A Matriz VIII refere-se à construção do cenário em que o Projeto Aplicativo irá se desenvolver, relacionando-o com as variáveis que possam influenciar neste contexto.

#### **10.10 Matriz IX – Avaliação do interesse, valor e controle dos recursos críticos dos atores sociais por operação**

Conjunto dos Atores Sociais	OP1: Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada			OP2: Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação Sanitária.			OP3: Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de postura.			OP4: Criar uma rede de comunicação articulando VISA e ESF.		
	Interesse	Valor	Tipo de Recurso	Interesse	Valor	Tipo de Recurso	Interesse	Valor	Tipo de Recurso	Interesse	Valor	Tipo de Recurso
<b>Secretário Municipal de Saúde</b>	+	Médio	E, P e O	+	Médio	E, P e O	+	Alto	E, P e O	+	Alto	E, P e O
<b>Coordenador de VISA</b>	+	Alto	C e O	+	Alto	C e O	+	Alto	C e O	+	Alto	C e O
<b>Prefeito</b>	O	Baixo	E e P	o	Baixo	E e P	o	Baixo	E e P	+	Médio	E e P
<b>Lideranças comunitárias</b>	O	Baixo	P	o	Baixo	P	+	Médio	P	+	Médio	P
<b>Bloco da Oposição (Vereadores)</b>	-	Baixo	P	-	Baixo	P	-	Baixo	P	-	Baixo	P
<b>Secretário da Educação</b>	O	Baixo	C	+	Médio	C	o	Baixo	C	+	Médio	C
<b>Presidente do CMS</b>	+	Alto	P	+	Médio	P	+	Médio	P	+	Alto	P
<b>ACS</b>	0	Baixo	C	+	Alto	C	O	Baixo	C	+	Alto	C
<b>Coordenador da Assistência à Saúde</b>	+	Alto	E,C,P e O	+	Alto	E,C,P e O	O	Baixo	C	+	Alto	E,C,P e O

OBS: A avaliação do valor, interesse e controle de recursos críticos dos atores sociais, corresponde a uma situação hipotética.

A Avaliação do interesse, valor e controle dos recursos críticos dos atores sociais por operação está apresentada na Matriz IX. Nesta foram relacionados os atores mais importantes para o problema estratégico, favoráveis ou contrários à implantação desta proposta de trabalho e que detém o controle de recursos críticos para o seu desenvolvimento.

**10.11 Matriz X – Síntese da Gestão do Projeto Aplicativo (parte 1)**

OP	Ações	Resp.	Apoio	Recursos Necessários	Valor (anual) R\$	Período de execução	Conflitos possíveis	Tipo e Estratégia
<b>OP1:</b> Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada	<p><b>A1:</b> Envolver os vários atores sociais na elaboração dos Planos de VISA;</p> <p><b>A2:</b> Incluir no PPA e na LOA recursos para educação sanitária.</p>	Coordenador de VISA	<p><b>1)</b>Coordenador Financeiro do FMS</p> <p><b>2)</b>Conselho de Saúde</p> <p><b>3)</b>Secretário de Saúde</p> <p><b>4)</b>Secretário de Administração</p> <p><b>5)</b>Trabalhadores da VISA</p>	<p><b>1)Conhecimento:</b> Recursos Humanos capacitados em planejamento e gestão;</p> <p><b>2)Poder:</b> Decisão política de priorização de ações de Educação Sanitária;</p> <p><b>3)Organização:</b> Existência da função de Planejamento na VISA.;</p>	27.000,00	12meses	<p><b>1)</b>Resistência dos responsáveis pela gestão administrativa/execução orçamentária;</p> <p><b>2)</b>Interesse do poder político em ter recursos inespecíficos</p>	<p><b>1)Persuasão:</b> sensibilização e envolvimento do Conselho Municipal de Saúde;</p> <p><b>2)Negociação cooperativa:</b> Elaboração da exposição de motivos mensurando o impacto econômico positivo das ações de promoção da saúde (ex:redução de internação)</p>

<p><b>OP2:</b> Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação Sanitária</p>	<p><b>A1:</b> Capacitar os ACS para ações de educação sanitária.</p> <p><b>A2:</b> Coordenar as ações de educação sanitária realizadas pelos ACS.</p> <p><b>A3:</b> Implantar os projetos "Veterinário Mirim" e "Educanvisa", em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.</p> <p><b>A4:</b> Implantar o Projeto "Agente Sênior Contra a Dengue", em parceria com Entidades representativas da Terceira Idade</p>	<p>Coordenador de VISA</p>	<p>1) Coordenador do NASF</p> <p>2) Coordenador do Depto. Assistência à Saúde;</p> <p>3) Coordenador ESF</p> <p>4) Secretário de Saúde;</p> <p>5) Secretário Municipal de Educação;</p> <p>6) Representantes de Instituições da Terceira Idade.</p>	<p><b>1)Conhecimento:</b> Recursos Humanos capacitados para Educação Sanitária;</p> <p><b>2)Poder:</b> Decisão política de incorporação de um profissional de referência para educação sanitária.</p>	<p>50.000,00</p>	<p>12 meses</p>	<p>1) Falta de interesse político em ampliar o quadro do NASF;</p> <p>2) Restrições orçamentárias para ações do NASF;</p> <p>2) Resistência em liberar os profissionais para participar nas atividades de capacitação</p>	<p><b>1)Persuasão:</b> sensibilização e envolvimento do Conselho Municipal de Saúde;</p> <p><b>2)Negociação cooperativa;</b> propor a utilização de um profissional já existente na rede.</p>
<p><b>OP3:</b> Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário para mudança de</p>	<p><b>A1:</b> Realizar cursos, reflexões e oficinas sobre ética para o</p>	<p>Coordenador de VISA</p>	<p>1) Secretário de Saúde.</p> <p>2) Coordenador do</p>	<p><b>1)Conhecimento:</b> Recursos Humanos com pessoal qualificado para o treinamento dos</p>	<p>2.000,00</p>	<p>- 6 meses</p>	<p>1) Falta de interesse do fiscal sanitário em mudança de postura</p>	<p><b>1)Persuasão:</b> sensibilização e convencimento</p>

postura	profissional de VISA.  <b>A2:</b> Realizar cursos, reflexões, oficinas e vivências sobre avaliação de riscos nas inspeções sanitárias		Departamento de Vigilância Sanitária.	profissionais em VISA.  <b>2)Poder:</b> Decisão política para a capacitação dos profissionais de VISA.			2) Resistência em liberar os profissionais para participar nas atividades de capacitação	dos fiscais sanitários
<b>OP4:</b> Criar uma rede de comunicação articulando VISA e ESF	<b>A1:</b> Desenvolver dentro da VISA à função de agente de comunicação.  <b>A2:</b> Produzir e distribuir notícias sobre as ações de VISA.  <b>A3:</b> Implantar uma Ouvidoria da VISA e/ou integrá-la com outras Ouvidorias Municipais.	Coordenador de VISA		<b>1)Conhecimento:</b> Recursos Humanos capacitados para comunicação de VISA.  <b>2)Poder:</b> Decisão política para criar uma rede de comunicação de VISA.  <b>3)Organização:</b> Existência da função de comunicação de VISA.	9.000,00	12 meses	<b>1)</b> Resistência dos profissionais em encaminhar informações com potencial de comunicação  <b>2)Restrições</b> orçamentárias para implantação/integração da ouvidoria	<b>1)Persuasão:</b> sensibilização e convencimento dos setores para encaminhar informações

### 10.12 Matriz XI – Síntese da Gestão do Projeto Aplicativo (parte 2)

OP	Operações Estratégicas	Ações	Responsáveis	Parceiros	Recursos necessários	Valor (anual) R\$	Período de Execução
<b>OP1:</b> Realizar Planejamento e orçamento da VISA de forma articulada	1) sensibilização e envolvimento do Conselho Municipal de Saúde; 2) Sensibilização e convencimento do Gestor Municipal e do Fundo Municipal de Saúde	1) Apresentar o projeto no CMS 2) Elaboração da exposição de motivos mensurando o impacto econômico positivo das ações de promoção da saúde (ex: redução de internação)	Coordenador de VISA	Coordenador financeiro do FMS  Conselho Municipal de Saúde  Secretário Municipal de Saúde  Secretário de municipal Administração  Trabalhadores da VISA	Conhecimento: recursos humanos capacitados em planejamento e gestão  Poder: decisão política de priorização de ações de educação sanitária  Organização: existência da função de planejamento na VISA	27.000,00	12 meses
<b>OP2:</b> Incorporar no NASF um profissional de referência para Educação Sanitária	1) sensibilização e envolvimento do Conselho Municipal de Saúde; 2) propor a utilização de um profissional já existente na rede.	1) Apresentar o projeto no CMS 2) Realizar os procedimentos administrativos necessários para a contratação ou transferência do profissional	Coordenador de VISA	- Coordenador do NASF  - Coordenador do Depto de Assistência a Saúde  - Coordenador ESF  - Secretário Municipal de Saúde  - Secretário Municipal de Educação  - Representantes de Instituições da Terceira idade	Conhecimento: recursos humanos capacitados para educação sanitária  Poder: decisão política de incorporação de um profissional de referência para educação sanitária	- Capacitação do profissional: 4.500,00  - Contratação de profissional: 45.500,00	12 meses
<b>OP3:</b> Capacitar e sensibilizar o fiscal sanitário	1) Sensibilização e convencimento dos fiscais	1) Ofertar capacitações com atrativos secundários: localização,	Coordenador de VISA	- Secretário Municipal de saúde	Conhecimento: RH com pessoal qualificado para o	2000,00	6 meses

para mudança de postura	sanitários	alimentação			treinamento dos profissionais em VISA  Poder: decisão política para a capacitação dos profissionais de VISA		
<b>OP4:</b> Criar uma rede de comunicação articulando VISA e ESF	<b>1)</b> Sensibilização e convencimento dos setores para encaminhar informações	1) Ofertar atrativos secundários: visibilidade para as equipes e premiação para as melhores notícias do ano, participação em congressos, etc	Coordenador de VISA	- Secretário Municipal de Saúde  - Técnicos de VISA  - Coordenador Municipal de Comunicação  - Coordenador Municipal do Depto. de Ouvidoria  - Representantes da mídia (rádios, jornais e internet)	Conhecimento: RH capacitados para a comunicação de VISA  Poder: decisão política para criar uma rede de comunicação de VISA;  Organização: Existência da função de comunicação de VISA	9000,00	12 meses

As matrizes X e XI apresentam um panorama geral da gestão do plano de ação do Projeto Aplicativo (estratégia de viabilidade). Com esta planilha, demonstram-se para cada operação inicialmente desenhada, os recursos necessários, responsáveis, parceiros e prazos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que com este Projeto Aplicativo, que pode ser implantado em qualquer município independentemente do seu porte, é possível melhorar a relação da VISA com a sociedade, com o setor regulado e com o próprio SUS. Isto repercute em um maior êxito no processo de educação sanitária e na promoção da saúde, ampliando os vínculos com a sociedade, bem como promovendo mudança de postura

do técnico da VISA nas suas práticas diárias, incorporando educação sanitária e visão de risco.

O projeto desenvolvido está pautado na inserção de profissional no NASF, atuando junto à equipe Saúde da Família, articulando parcerias intersetoriais com outras instituições na implementação de projetos já desenvolvidos de educação sanitária.

Para que o projeto seja efetivado, é fundamental que sejam garantidos recursos financeiros permanentes para a Educação Sanitária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E.L.G.; LIMA, M.A.L. **Crise e planejamento estratégico situacional**. São Paulo: Perspectiva, p. 23-27, 1991.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p. 319-325, 2011.

AZEVEDO, S. C. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, 1992. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000200003&lang=pt&lng=](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200003&lang=pt&lng=). Acesso em 18/03/2012.

BERNARDINO,E.; OLIVEIRA, O.; CIAMPONE, M .H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Rev. bras. Enferm**, v.59, n.1, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100007). Acesso em 18/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais: ciências naturais**, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Educação para a Saúde**, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 2203, de 05 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/96.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 373, de 27 de janeiro de 2001**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006**.

CAMPOS, G. W. S. Saúde coletiva e o método Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, p. 21-35, 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/80808384/8/Monitoramento-e-avaliacao-das-aco-es-de-saude-na-Atencao-Basica-a-Saude>. Acesso em: 23/05/2012.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir da perspectiva crítico-social pós-estruturalista. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

FRANCO, F. C. **A comunicação como instrumento de promoção à saúde e Vigilância Sanitária de Vitória na mídia impressa**. Disponível em: [http://encipecom.metodista.br/.../A\\_comunicacao\\_como\\_instrumento\\_de](http://encipecom.metodista.br/.../A_comunicacao_como_instrumento_de) . Acesso em: 10/06/2012.

GRAZZINELLI, M. F.; GRAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

IIDA, I.; Planejamento estratégico situacional. **Prod.** vol.3, n. 2, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65131993000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65131993000200004). Acesso em 18/03/2012.

LIMA, A.M.C. **Indicadores sanitários ambientais**: classificação de bacias de esgotamento sanitário e micro áreas na cidade de Salvador-Bahia. Mestrado. Disponível em: <http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/872009105916.pdf>. Acesso em 18/05/2012.

LIMA, E. C.; VILASBOAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, 2011.

MARTINS, L.R. **Uma nova compreensão de gestão educacional através da resignificação do ato de planejar**. Disponível em: [www.sle.br/sistema/messias/libs/downloader.php?ref=19](http://www.sle.br/sistema/messias/libs/downloader.php?ref=19). Acesso em 18/03/2012.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R.; CIAMPONE, M.H.T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta paul. Enferm.** v. 18, n. 2, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000200008&lang=pt&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200008&lang=pt&lng=). Acesso em 18/03/2012.

NATANSOHN, N. Comunicação e Saúde: Interfaces e diálogos possíveis. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación** [www.eptic.com.br](http://www.eptic.com.br), v. VI, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/ac91b84bc163228f74ae2a291b80dd81.pdf>. Acesso em 20/05/2012.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. .R. .L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. **Saúde & Cidadania**. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20&%20Cidadania%20VOLUME02.pdf>. Acesso em 18/03/2012.

TONI, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em 18/03/2012.

Jaslene Diana Mendes  
Frederico José Carvalho de Barros  
Joe Franz Neves Beltrán  
Laudenice Ramos da Silva  
Léia Lopes da Silva  
Pollyanne Moura Pereira da Silva  
Valéria Maria Ferreira

**INTERSETORIALIDADE:  
UMA PROPOSTA PARA FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO  
CONTEXTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

RECIFE  
2012

Jasiene Diana Mendes  
Frederico José Carvalho de Barros  
Joe Franz Neves Beltrán  
Laudenice Ramos da Silva  
Léia Lopes da Silva  
Pollyanne Moura Pereira da Silva  
Valéria Maria Ferreira

**INTERSETORIALIDADE:  
UMA PROPOSTA PARA FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como especialista em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientadores: Maria Hercília Valladares Souza, Alice Maria Correia Pequeno Marinho e Renata S. Locatelli da Rosa.

Recife  
2012

Ficha Catalográfica  
Biblioteca Dr. Fadlo Haldar  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Jaslene Diana Mendes, Frederico José Carvalho de Barros, Joe Franz Neves Beltrán, Laudence Ramos da Silva, Léia Lopes da Silva, Pollyanne Moura Pereira da Silva e Valéria Maria Ferreira.

Intersetorialidade: uma proposta para fortalecer as ações de Vigilância Sanitária no contexto da Vigilância em Saúde: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Intersetorialidade: uma proposta para fortalecer as ações de Vigilância Sanitária no contexto da Vigilância em Saúde.

G333

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, as sociedades experimentam em todo o mundo profundas e aceleradas mudanças que apresentam novos desafios para o setor saúde: as necessidades em saúde se ampliam em decorrência de um conjunto de interações de processos de natureza econômica, social, cultural, política e científico-tecnológica, que não têm sido capazes de operar repercussões positivas na saúde e na qualidade de vida de amplos contingentes populacionais. As ações de Vigilância Sanitária (VISA) constituem tanto uma ação de saúde quanto um instrumento da organização econômica da sociedade. Com a intensa produção e circulação das mercadorias, os riscos à saúde ocorrem em escala ampliada. Na dinâmica complexa desses processos, resulta incessante demanda do setor produtivo para legalização de atividades e produtos junto à Vigilância Sanitária como também são gerados muitos riscos e danos à saúde individual e coletiva e igualmente à economia do consumidor e ao ambiente, firmando-se a necessidade de regulação das relações produção-consumo e da própria publicidade dos objetos de consumo (COSTA, 2007).

A Vigilância Sanitária (VISA) é definida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

II – O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Brasil – Lei Federal 8080/90).

No Brasil, as atividades de VISA ocorrem em diversos espaços institucionais que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, parte constitutiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Costa (2010) identifica a VISA como um campo singular da Saúde Pública, de articulações complexas de natureza econômica, jurídico-política, médico-sanitária, e a prática social e histórica estruturada pelo Estado para a defesa e proteção da saúde. Distintas racionalidades econômicas, sanitárias e políticas interagem ou competem entre si nas ações regulatórias dessa área.

Marques & Ibañez (2006) mostram que inserida nestas políticas de proteção aos riscos à saúde, está a vigilância sanitária. Segundo os autores, como política de proteção ao risco sanitário, vive um processo de contradição e também de complexidade: uma vez que emergiu como forma de o Estado controlar e regulamentar as atividades sanitárias que atingem direta ou indiretamente a população, depara-se com o enfraquecimento do papel do Estado frente a esta regulamentação por influências diversas, mas especialmente da

globalização e da desigualdade social crônica. É um “paradoxo”, nas palavras dos autores, vivido pelas políticas de vigilância sanitária no controle aos riscos.

De acordo com Costa (1999) as ações de Vigilância Sanitária constituem tanto uma ação de saúde quanto um instrumento da organização econômica da sociedade. Com a intensa produção e circulação das mercadorias, os riscos à saúde ocorrem em escala ampliada: as conseqüências de produtos defeituosos colocados no mercado podem afetar a saúde de milhões de consumidores, extrapolando as fronteiras de um país; também afetam a credibilidade nos produtos e nas instituições públicas encarregadas do controle sanitário, provocando enormes prejuízos econômicos. Nesse sentido, a ação protetora da Vigilância Sanitária abarca não apenas cidadãos e consumidores, mas também os produtores.

O desconhecimento das ações de Vigilância Sanitária (competências), também muitas vezes pode levar a má compreensão do que de fato compete a VISA, até mesmo por parte dos demais setores públicos e gestores, podendo gerar uma articulação deficiente com esses demais setores ou até mesmo, a inexistência dessa articulação, retardando ou dificultando o sucesso das ações de saúde pública.

Segundo Piovesan (2002) a educação sanitária, se efetivamente construída, tem o potencial de gerar conflitos, porque implica o fortalecimento da capacidade de escolha da população, individual e coletivamente, e isso é um recurso de poder nem sempre desejado pelos que governam.

De acordo com Costa e Rozenfeld (1999), é necessário que haja um reconhecimento do papel conscientizador e que esta utilize corretamente a comunicação a seu favor para despedir-se do burocrático e cartorial e assuma definitivamente sua tarefa de promover e proteger a saúde da população, sem perder de vista seus valores que são o conhecimento como fonte de ação, a transparência, a cooperação e a responsabilização e atuando sempre como um forte instrumento para a melhoria da qualidade de vida da população.

As mudanças na política social do país, especialmente na área da saúde, a partir de 1990, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor (PIOVESAN *et al*, 2005).

A melhoria nas condições de vida e saúde só será atingida através da participação da população de maneira ativa, o que pressupõe um relacionamento mais horizontal e menos submisso, que ações paternalistas e assistencialistas sejam evitadas através da participação efetiva da população e que mecanismos políticos efetivos comecem a promover a equidade nas diferentes regiões do país (BYDLOWSKI *et. al*, 2004).

Em relação à estrutura dos serviços de saúde, estes vêm sofrendo mudanças no processo de gerir a atenção aos seus usuários. Um dos recursos disponíveis no eixo da

Atenção Primária à Saúde (APS) é a Intersetorialidade, cuja força confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e resolutive, desenvolvendo visões de mudança a esses profissionais (PAULA et. al., 2004).

De acordo com Barros (2009), a mediação intersetorial tem como pressuposto que a situação de saúde compõe-se de um conjunto de aspectos referentes a objetivos (temas, problemas), contextos (atores, circunstâncias) e capacidades (recursos econômicos, políticos, técnicos e organizativos) em permanente mudança, em que o conhecimento para intervir sobre problemas e necessidades é constantemente construído. Pensada como um conjunto de sujeitos e organizações, a rede intersetorial estabelece acordos de cooperação e reciprocidade, constituindo alianças para intervir na realidade social.

Países em desenvolvimento, onde grande parte da população vive em condições de pobreza ou abaixo da linha de pobreza, têm grandes problemas de saúde, com altas taxas de mortalidade resultantes de doenças que poderiam ser evitadas, não fossem as más condições de alimentação, moradia, saneamento básico e do meio ambiente (BYDOWSKI et. al., 2004). Entende-se hoje a importância da articulação com os outros setores, no sentido de se conversar sobre os problemas que são observados na saúde, mas que nem sempre decorrem da falta de assistência desta área e sim por falta de resolutividade de outras áreas. Por exemplo, a falta de saneamento básico leva à doenças parasitárias, mas o fato de se tratar a patologia não vai resolver o agravo; há necessidade de se intervir na fonte do problema. Se houver articulação intersetorial e discussão desses casos, a solução pode se dar mais rápida e de forma mais ágil, com uma intervenção na área de saneamento básico (JUNQUEIRA, 2000).

Neste sentido, a intersectorialidade apresenta-se como um dos eixos estruturantes das políticas públicas de saúde e se aproxima como parte integrante do que contemporaneamente vem se discutindo sobre o conceito de cidade saudável, onde todos os atores sociais em situação – governo, organizações não governamentais, sociedade civil organizada, famílias e indivíduos – fazem uma aliança para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, desenvolvendo os capitais humanos, social e produtivo, de forma sustentada, exercitando políticas públicas integradas e intersectoriais, incentivando a participação pública e reduzindo as iniquidades, de forma a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.

Sob este prisma a intersectorialidade, além de estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde, tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia-a-dia (PAULA et. al., 2004). É necessária a utilização de estratégias que possibilitem a

operacionalização das ações, minimizando os problemas elencados e potencializando a formulação de políticas públicas, além de agir como instrumento de articulação.

O planejamento estratégico em saúde (PES) surge, em meados da década de 70, como a tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as ideias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de planejar. A questão da viabilidade política passa a ocupar um papel central e a definição de propostas/compromissos de ação a depender de uma articulação que se abre a uma perspectiva policêntrica de análise (ARTMANN & RIVERA, 1993). Rieg e Filho 2002 inferem que segundo Matus (HUERTAS, 1996), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma ferramenta de liberdade, pois, não se baseia na capacidade de predição, mas na de previsão, se constitui em um cálculo que precede e preside a ação para criar o futuro, dependendo, portanto, das possibilidades de os atores serem capazes de imaginar e descobrir e da qualidade dos planos desenvolvidos. É, nesse sentido, uma aposta de caráter genuinamente estratégico, e não sobre o destino (ou o futuro), pois, à medida que se planeja, se influi no futuro.

O PES volta-se para a compreensão do mundo real por meio da apreciação situacional, tendo por objetivo procurar explicar a realidade, identificando os problemas declarados pelo ator para o qual se está planejando e produzir as respostas de ação em um contexto de incertezas e surpresas” (HUERTAS, 1996); deste modo, para lidar com as surpresas, imaginadas como possíveis pelo planejador, são elaborados planos de contingência.

Matus explica que planejamento estratégico é a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. De acordo com Sá e Pepe (2005), o planejamento não é uma fórmula mágica para solução de problemas. O planejamento estratégico situacional (PES) contribui para ampliar a capacidade de governo e aumenta a governabilidade da VISA, aumenta o poder de explicação dos problemas e pode ajudar a sistematizar o raciocínio estratégico, muitas vezes realizado intuitivamente por quem governa.

Hoje, no Brasil e em praticamente todo o mundo, predomina o modelo médico curativo de atenção à saúde, que tem como propósito a cura das doenças e a recuperação da saúde, isto é, atua quando a doença já está instalada, não se preocupando com as causas. Isso evidencia visão e conceito distorcidos da saúde, muito difíceis de serem alterados, pois mudanças podem desequilibrar o sistema dominante (político e econômico) e de exclusão social. É necessário que a maneira de pensar da população e, especialmente, dos técnicos de saúde, sofra uma transformação (BYDLOWSKI et. al., 2004).

Grandes mudanças devem ser efetuadas em todos os setores da sociedade, bem como na formação e no entendimento dos profissionais, para que possa ocorrer a transformação

desejada no setor saúde, a fim de chegarmos a um atendimento adequado às necessidades de toda a população, diminuindo a demanda nos serviços de pronto-atendimento, prevenindo problemas e promovendo saúde, condições adequadas de sobrevivência, com o mínimo de dignidade para todos (PAULA *et. al.*, 2004).

A análise da nossa realidade, região metropolitana do Recife, reflete na insatisfação dos atores, insegurança nas tomadas de decisões e ineficácia e falta de visibilidade das ações. Assim, procura-se, por meio deste projeto, implantar e utilizar estratégias que viabilizem avanços das propostas de ações intersetoriais, minimizando ações fragmentadas entre setores, focadas na falta de conhecimento das ações de VISA por parte de Órgãos, Gestores, Técnicos em Vigilância em Saúde, Laboratório de Saúde Pública e Sociedade Civil Organizada. Ao disseminar o conhecimento resultante deste projeto, pretende-se dar visibilidade às ações intersetoriais, no intuito de apoiar, estimular e fortalecer a prática.

A melhoria na visibilidade das informações (atualizada, segura e eficaz) em saúde é de extrema importância, pois iniciativas financiadas com recursos públicos devem ser amplamente divulgadas para serem avaliadas, fiscalizadas e criticadas pela população, e essa divulgação será mais eficiente se contar com a participação dos meios de comunicação existentes. Seria muito importante uma cooperação destes meios no sentido de valorizar o ser humano como cidadão, de facilitar a introdução de relacionamentos menos opressivos na sociedade, de trazer informações menos tendenciosas, isto é, não colocar o consumo como objetivo principal da informação, enfim, um conjunto de mudanças que poderiam culminar com a obtenção de melhores condições de vida e de saúde.

Acredita-se que tais propostas possam ser alcançadas através de medidas informativas, por meio de boletins sanitários eletrônicos, planejamento estratégico situacional, articulações intra e intersetoriais, para a promoção da integralidade das ações; e que o referido conhecimento possa contribuir para a expansão das intervenções intersetoriais como estratégia de promoção da qualidade de vida, beneficiando assim, a saúde da população.

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral:

- Fortalecer as ações de VISA através da intersetorialidade para o enfrentamento dos problemas na promoção, prevenção e proteção da saúde.

### Objetivos Específicos:

- Planejar as relações Intersetoriais como condição para quebrar as barreiras do desconhecimento das ações de VISA;
- Integrar vários segmentos e setores no desenvolvimento da intersetorialidade através de boletins informativos por meio eletrônico;
- Divulgar as ações intersetoriais de VISA com outros setores e órgãos.

## CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO EM ESTUDO

No trabalho de controle sanitário é fundamental conhecer o território, ou seja, identificar e interpretar a organização e a dinâmica das populações que nele habitam, bem como compreender a forma como funcionam e se articulam as condições econômicas, sociais e culturais, quais os atores sociais em questão e a relação destes com seus espaços de vida e de trabalho. A identificação destes fatores possibilita minimizar os problemas sanitários a que estão expostos indivíduos, grupos sociais e objetos, e agir sobre os fatores que determinam e condicionam a ocorrência de agravos e danos (LUCCHESI, 2001).

A ação da VISA sofre interferências (internas e externas) no cotidiano que dificultam o andamento correto das atividades. O inspetor sanitário conhecendo a territorialidade e a realidade do público, o qual atua, estará minimizando ou mitigando essas dificuldades (BASTOS *et. al.*, 2011).

A área ou território de estudo deste Projeto Aplicativo são as VISAs pertencentes a Região Metropolitana do Recife, também conhecida como Grande Recife e pelo acrônimo RMR, localizada no estado brasileiro de Pernambuco. Foi instituída pela Lei complementar Federal número 14, de 8 de junho de 1973. A metrópole apresenta-se como a mais populosa e densamente povoada área metropolitana do Nordeste, a quinta do Brasil e umas das 120 maiores do mundo, além de ser a terceira metrópole mais densamente habitada do país (BITOUN *et al*, 2011).

A área metropolitana estende-se por 14 municípios: Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Igarassu, Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Araçoiaba, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Moreno, Itapissuma e Recife.

Segundo o IBGE, com dados referentes a 2011, possui uma população estimada de 3.717.640 habitantes. Desse total, 3.589.674 habitantes são residentes da zona urbana (51 % da população urbana em PE) e 101.383 habitantes moram na zona rural (5,81 % da população rural do Estado). Estes residem em 1.247.497 domicílios, dos quais 42,6% estão situados na capital Recife, o pólo da metrópole (IBGE, 2010).

Concentrando 65% do PIB estadual, sua área de influência abrange todo o estado de Pernambuco, além dos estados da Paraíba, Alagoas, a parte sul do Rio Grande do Norte, e o interior dos estados do Piauí, Maranhão e Bahia.



**Figura 1:** Municípios da RMR (Fonte: Alheiros, 1998, apud Souza.)

## **RELAÇÕES INTERSETORIAIS QUE PODEM SER DESENVOLVIDAS PELA VISA**

A falta de planejamento e o imprevisto tornaram-se características da gestão pública. O planejamento situacional pode contribuir para a inovação e a modernização dos processos decisórios no setor público. Na gestão pública, o governante age normalmente sem um plano, atua de acordo com as circunstâncias emergenciais que vão acontecendo no dia a dia, ou seja, as organizações atuam de forma anárquica ou de maneira improvisada.

A função do governo é agir e transformar a realidade. Dada a complexidade do ambiente, em termos de recursos, agentes envolvidos e natureza dos problemas a serem enfrentados, o administrador público precisa organizar as ações em torno de metas claras, visando dar direção e foco às ações, posicionando-se como condutor do processo.

O desconhecimento das ações de Vigilância Sanitária pode levar muitas vezes a má compreensão do que de fato compete a VISA, até mesmo por parte dos demais setores públicos e gestores, podendo gerar uma articulação deficiente com esses demais setores e ou a inexistência dessa articulação, retardando ou dificultando o sucesso das ações de saúde pública.

Essa nova visão de aparato estatal deve ser capaz de ultrapassar os limites institucionais, incorporando conhecimentos e práticas gerenciais condizentes com a realidade social e territorial da população (MOTTA, 1991). A incorporação de instrumentos

de planejamento e gestão poderá permitir que as políticas sociais desenvolvam ações que possam garantir os direitos sociais do cidadão. No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretizará a integração e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade (JUNQUEIRA, *et al*, 1997).

O desconhecimento das prioridades dos seus próprios territórios potencializa a desvinculação entre prioridades locais e metas pactuadas, ignorando que, no campo da Vigilância Sanitária, os fatores de risco, as relações sociais e políticas desenham os territórios e, em consequência disso, a efetividade dos serviços (PIOVESAN *et al*, 2005).

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002). É sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental e, sobretudo, populacional.

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população; está sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece submetida a certas inter-relações, regras ou normas.

A aproximação entre território, fatores de risco e planejamento, aqui proposta, mediada pela presença e participação de atores sociais, constitui uma alternativa de planejamento. A coordenação das ações dos atores deve buscar o melhor aproveitamento dos recursos humanos e financeiros, integrando as ações mais importantes das diversas áreas buscando mais agilidade e valorização, possibilitando a obtenção de mais recursos para aquilo que foi considerado prioritário (PIOVESAN *et. al.*, 2005).

Segundo Junqueira (2000) apud Paula *et al* (2004), a intersetorialidade ocorre a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem um caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde. Corroborando com esse raciocínio, Bydlowski *et. al.* (2004), cita que a saúde é produzida socialmente, determinada por vários fatores: biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. Assim, a manutenção da saúde ou sua promoção não deve ser somente responsabilidade do setor saúde, mas resultado de ações intersetoriais, multidisciplinares e apoiadas por políticas públicas saudáveis, isto é, promotoras de qualidade de vida.

Uma lógica intersetorial de organização e atuação deve referir-se basicamente à população, considerando as suas formas e condições peculiares de organização. Assim as prioridades não serão setoriais, mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores (JUNQUEIRA, INOJOSA e KOMATSU, 1997).

Historicamente, as organizações tendem a se estruturar em torno de uma lógica funcional e hierarquizada, ou seja, com poderes definidos e formalizados, processos de trabalho fracionados, excesso de normas para controle e coordenação, e comunicação interna difusa e este é o formato organizacional, público ou privado, mais comumente encontrado. Esta organização funcional é essencialmente voltada para dentro: mudar sua lógica significa modificar seu projeto de construção e o material humano, cultural e informacional de que é constituído.

## METODOLOGIA

Para que a VISA possa cumprir suas finalidades, num universo abrangente, dinâmico e complexo, suas práticas devem articular-se, integrar-se, estrategicamente ao conjunto das práticas sanitárias com o uso concomitante de vários instrumentos, com participação e controle social (ROZENFELD *et al*, 2005).

Neste projeto utilizou-se o planejamento estratégico situacional (PES) desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus. Esta metodologia de planejamento aumenta o poder de explicação dos problemas e pode ajudar a sistematizar o raciocínio estratégico, muitas vezes realizado intuitivamente por quem governa.

Segundo Artmann *et al* (1997) estes planos de ação devem estar apoiados numa análise ampla, multissetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e devem envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específica e suas soluções dependem, muitas vezes, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

Nesse processo é fundamental analisar e construir viabilidade para as propostas de ação, considerando-se os atores envolvidos no problema, os recursos que controlam e sua motivação com relação às soluções apontadas. Nele, vemos que planejar é governar, conduzindo conscientemente os acontecimentos no rumo desejado, transformando variáveis que não controlamos em variáveis que passamos a controlar. De acordo com Matus (1996), se planeja o que não se faz e se faz o que não se planeja, e para remediar essa deficiência, deve-se elaborar sistemas de direção, denominados de direção estratégica.

Primeiramente foram relacionados os descritores (indicadores quantitativos e qualitativos para caracterizar um problema na situação inicial), a partir daí foram identificados os atores sociais relacionados aos problemas utilizando o Termo de Referência - Oficina de trabalho, Identificação dos atores sociais. Para classificação e seleção do problema utilizou-se a Árvore de Problemas e elegeu-se um nó crítico (Desconhecimento das ações em VISA) de relevante interesse, e sugeriu-se uma proposta de intervenção que direciona o plano para as mudanças alcançáveis e viáveis.

Foi utilizada a matriz decisória para a identificação de problemas. Os problemas selecionados foram ordenados priorizando-se sua importância e urgência de enfrentamento, definindo-se valores, interesses, pontuação, urgência, capacidade de enfrentamento e ordem de prioridades. O resultado (problema) foi obtido de acordo com a análise da

realidade vivenciada pelo grupo. A partir do problema encontrado chegou-se aos descritores, que são indicadores qualitativos e quantitativos que caracterizam o problema na situação inicial. Neste método foi introduzido o conceito de Vetor de descrição do problema (VDP), que torna clara e objetiva a sua explicação. De acordo com Artmann, *et. al.* (1997) sem esta ferramenta, torna-se impossível a avaliação do grau de realização do plano e das necessidades de adaptação ou possível revisão mediante mudanças na situação.

Em outra etapa foram analisados os atores que se identificaram com os problemas citados em seus interesses e valores com relação a possíveis propostas de solução. Os atores relevantes para o grupo foram listados e classificados de acordo com valor e interesse que cada um atribuiu ao problema em questão.

Por meio da árvore de problemas definiram-se as causas e consequências onde foram destacados os nós críticos que serão o alvo de intervenção no plano de ação. A árvore consiste em diagramar as causalidades sistêmicas que temos captados pela experiência, pelo conhecimento sistemático teórico-prático, e pela verificação empírica de algumas relações causais (FRAGA, 2005 apud RIVERA, 1992).

A partir daí foram elaboradas as operações ou demandas de operação para superação dos fatores identificados, que é o que pode ser feito para um determinado período de gestão. Os descritores e os nós críticos norteiam a avaliação dos resultados. Da indicação dos atores que controlam as variáveis dos nós críticos, vem a verificação do grau de governabilidade, que demanda o desenho do plano de ação. Segundo a proposta de Carlos Matus, o plano de ação possui um triplo caráter: convocação, compromisso e guia para ação prática; e o desenho do plano compreende três idéias centrais, o plano direcional, que expressa a grande aposta do ator, a situação desejada, que marca a direcionalidade do plano, e é a mudança que se deseja para o problema, e o cenário, formulado com base nas variáveis controladas ou não pelo ator e que podem restringir as operações desenhadas. A situação desejada deve ser repensada à luz do cenário mais provável para o plano. Tomando-se como referência o cenário mais provável, definem-se os recursos, produtos e resultados esperados para as ações elaboradas anteriormente. São identificados também os responsáveis pelas operações/ações e o tempo para sua realização.

Os descritores do problema foram transformados em descritores de resultado, com as modificações que se pretendiam alcançar para o problema. Em seguida foram identificadas as frentes de ação sobre os nós críticos, analisando a governabilidade do ator que explica o problema, o impacto e a possibilidade de ação. Para os nós críticos que estavam sob a governabilidade do ator, construíram-se operações e atividades, designando-se responsáveis e prazos para execução das operações. Para os demais atores, também se identificaram as demandas necessárias para o enfrentamento do problema. Em seguida as operações foram avaliadas em relação a recurso-produto-resultado para se estabelecer

eficiência e eficácia e o orçamento das operações que exigiam recursos econômicos, detalhando os recursos e as fontes de financiamento requeridas. Por fim, foi elaborado um cronograma de sistema de vigilância/monitoramento para seguimento do plano.

A intersectorialidade é compreendida como uma das estratégias para a promoção da saúde, implicando na inversão da lógica, presente nas organizações públicas, nas quais predomina o trabalho fragmentado e setorializado. Para que ela aconteça devem-se valorizar os saberes técnicos envolvidos na formulação das políticas públicas, construindo redes de articulação e parcerias, e para tanto se faz necessário mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidiem constantemente, a tomada de decisão e a aferição de resultados, visando a sustentabilidade das ações (ZANCAN, 2003).

Para a análise da viabilidade do plano foi analisadas a motivação dos atores frente às ações e operações estabelecidas no projeto e obtidos resultados entre os atores sociais selecionados e as ações planejadas com o valor e o interesse atribuídos por cada ator sinalizando sua motivação ou intenção; identificando-se os atores mais importantes para o problema estratégico. Através da análise destes resultados distinguiram-se as operações de conflito viáveis das não viáveis. Por fim, foram listadas as operações desenhadas, identificando-se os responsáveis – gerentes de operação, que são aqueles que tem a responsabilidade de fazer a operação acontecer, e o prazo para operação do plano.

De acordo com Silva & Rodrigues (2010), existem várias possibilidades de articulação, mas para que se possa efetivamente construir parcerias intersectoriais é necessário ir além da negociação de tarefas e da transferência de responsabilidades; sendo essencial construir espaços comunicativos que permitam a definição de conceitos e objetivos comuns, viabilizando assim o planejamento participativo das ações que demandam contribuições de outras entidades. As autoras ainda enfatizam a idéia de que as concepções dos profissionais das diversas áreas do conhecimento influenciam suas práticas podendo contribuir ou não com a mudança do modelo hegemonicamente setorializado para o modelo de articulação intersectorial.

Dificuldades foram percebidas na coleta de dados informativos sobre a pesquisa do assunto intersectorialidade em vigilância sanitária, na busca de artigos científicos os autores corroboram com a nossa realidade, encontramos muitos temas interessantes, envolventes e instigadores referentes ao assunto, mas, a prática nos remete a várias limitações de operacionalização devido às dificuldades inerentes ao próprio tema. Dentre as dificuldades para intersectorialidade, existe aquela relacionada à sobrecarga de responsabilidades dentro da política setorial, a qual impede os profissionais de olharem além do objeto específico de atuação (SILVA *apud* INOJOSA, 1998). Cabe ressaltar que a experiência vivenciada durante a coleta dos dados em campo, permitiu perceber que os atores envolvidos na prática da

VISA, demonstram dificuldades de entender a intersectorialidade, porém, mesmo sem um claro entendimento, boa parte dos entrevistados apontaram interesse em apoiar o tema.

Além da capacidade científica do domínio técnico e da ação política os profissionais que atuam na saúde precisam ter compromisso com o desenvolvimento da comunidade fundamentado em certas atitudes como: amor, escuta, afetividade, respeito, tolerância, abertura ao novo e a justiça; da fragmentação à integração rompendo o limite do olhar setorial em busca da construção de um espaço comunicativo que possibilite a resolução de problemas complexos (SILVA, 2010). A comunicação é um elemento fundamental à operacionalização da prática intersectorial. A proposta do boletim informativo em VISA possibilitará interação, integração e consenso nas atividades de vigilância sanitária para que haja integralidade nas ações.

De acordo com Natansohn, et. al. (2004), as políticas voltadas para saúde, teriam como base a função educativa, assegurada mediante alguns instrumentos, entre os quais o principal seria o uso da comunicação (mídia). As mídias são usadas como perspectivas de um novo campo de saber e de intervenção, desenvolvendo-se no mundo inteiro com o objetivo de formar usuários ativos, criativos, críticos de todas as tecnologias de informação e comunicação. Segundo Takara & Teruya (2011), a mídia e o *blog* são ferramentas interativas que podem proporcionar um espaço de discussão, análises e troca de informações sistematizadas, colaborando com a construção de conhecimento de modo colaborativo.

Em estudos realizados no Brasil, segundo Soares (2004), apud Macedo (in GUIMARÃES, 2001) a internet é mencionada como a principal fonte de informação em saúde por 90% dos leitores; as revistas impressas ficaram em segundo lugar, citadas por 71%; os livros ficaram em terceiro lugar com 66%; os jornais, em quarto lugar, com 55%; a TV apareceu em quinto lugar, citada por 47%; o rádio foi mencionado por apenas 9%. Segundo Dorigoni & Silva (2008), a disseminação da Internet pelo mundo ocorreu em curto espaço de tempo, em relação a outras mídias. Enquanto o rádio levou 38 anos para atingir um público de 50 milhões nos Estados Unidos, o computador levou 16 anos, a televisão, 13 anos e a Internet levou apenas quatro anos para alcançar a marca de 50 milhões de Internautas. Estes resultados mostram a importância do uso da mídia, e em especial, da internet como ferramenta na construção da cidadania plena e do bem estar social.

Diante do exposto, há necessidade de se criar instrumentos ou estratégias, como por exemplo, o boletim sanitário eletrônico, para facilitar ou viabilizar a troca de informações em VISA e desta com os outros setores da saúde, entes públicos, sociedade civil organizada e a população, favorecendo a integração, a multidisciplinaridade, além de minimizar o desconhecimento das atividades em VISA. Segundo Santos & Marques (2006) o uso dessa

ferramenta traz grandes vantagens como a possibilidade de maior equidade e interação na distribuição do conhecimento.

Segundo Castiel (2003) é essencial considerar o contexto sociocultural onde acontecem as relações entre a produção de conhecimentos em saúde, as formas e processos de veiculação e a correspondente apropriação por distintos grupos humanos (sociedade). O uso adequado de ações de comunicação incluindo a cobertura midiática são insumos que podem transformar a saúde pública que temos na que almejamos ter.

É necessário que haja um reconhecimento do papel concientizador da VISA e que essa utilize corretamente a comunicação ao seu favor para despir-se dos aspectos burocráticos cartoriais e assumir definitivamente sua tarefa de promover e proteger a saúde da população. A valorização da mídia em relação a questão referente a promoção e proteção, não é, e está longe de ser almejada e que a culpa não é exclusiva da mídia ou da ausência de um jornalismo científico adequado. A comunicação é sem duvida um insumo desconhecido e pouco utilizado pelo próprio setor (FRANCO, 2004).

Para que as ações de saúde tenham um impacto positivo e duradouro na população, devem ter a participação de um publico devidamente informado e o que desperta o interesse para uma informação é o que pode ofertar ou melhorar a vida das pessoas (FRANCO *apud* ABRAMEZYK, 2004).

## **MODALIDADE DA PESQUISA**

Quanto aos procedimentos de investigação, a pesquisa tem o caráter descritivo e aplicativo, uma vez que a natureza das fontes investigadas serão os artigos científicos relacionados ao tema.

Segundo Matus, "planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir" (1997). Se o homem, um governo, ou uma instituição, desistir do direito de conduzir e deixar-se levar pelos acontecimentos, abdica então da principal liberdade humana, que é tentar decidir onde deseja chegar e como lutar para alcançar seus objetivos. O PES tem seu centro de ação nos problemas. Logo, o planejamento pode ser visto como método de organização para o enfrentamento de problemas, sendo que a formulação de um plano operacional constitui uma das estratégias fundamentais nesse enfrentamento (FRAGA, 2005).

## **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Com base nos objetivos elencados, esse plano de intervenção vem apresentar uma proposta (Anexo 1) com o intuito de planejar, integrar e divulgar as ações entre as VISAs municipais, APEVISA e ANVISA (PAFs) tornando conhecidas as ações desenvolvidas no seu cotidiano através da elaboração de boletins eletrônicos informativos com periodicidade regular mensal, trimestral, semestral e anual divulgados em sites das próprias Secretarias de Saúde das RMR.

Os boletins eletrônicos irão possibilitar o conhecimento das competências das VISAs conceitos e abrangências, constando informações sobre os programas de vigilância sanitária, ações promovidas nos estabelecimentos regulados, operacionalização das ações e os resultados e benefícios que estas trazem para a saúde da população, afim de otimizar a integração das atividades intra e intersetoriais, com intuito de fortalecer e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de termos durante todo desenvolvimento do trabalho salientado a importância das ações intersetoriais de Vigilância Sanitária para prevenir, minimizar e ou eliminar riscos à saúde da população através de uma análise critico-reflexiva, ficou claro com este projeto, que o desconhecimento sobre suas competências e atuação não é exclusividade da sociedade, os próprios funcionários (atores) reconhecem a Vigilância Sanitária apenas por seu caráter burocrático e fiscalizador.

Acreditamos que alternativas, como o boletim eletrônico informativo podem minimizar algumas arestas e auxiliar a organização do setor que tanto na visão interna (dos funcionários), quanto na visão externa (sociedade) é lento, desorganizado, e necessita de melhorias.

As ações de comunicação têm que atingir a coletividade, porque o consumidor bem informado poderá ser um grande agente de Vigilância Sanitária colaborando para a preservação da saúde das pessoas, e os profissionais de saúde devem estar cientes do papel que exercem na saúde pública.

Os municípios da RMR podem usufruir de um serviço de Vigilância Sanitária bem mais estruturado e organizado, e essas mudanças dependem do comprometimento do setor em efetuar melhorias na integração das ações inter e intrasetorial, começando pelo reconhecimento da importância da comunicação e da circulação de informações.

Esperamos que esta proposta contribua no planejamento estratégico situacional, fortalecendo as ações de forma que possam auxiliar os atores (gestores e técnicos) a fim de organizá-las para atender os anseios populacionais e profissionais dos envolvidos e que a Vigilância Sanitária da RMR, encontre o caminho que permitirá seu funcionamento com visibilidade e excelência de um trabalho seguro e eficaz.

## REFERÊNCIAS

Artmann, E.; Rivera, F. J. U. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Escola Nacional de Saúde Pública**, RJ, 1993.

Artmann, E.; Azevedo, C. S. & Sá, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 13(4), 1997.

BASTOS, A. A.; COSTA, E. A.; CASTRO, L. L. C. Fatores facilitadores e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador-Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, no.9, Rio de Janeiro, Set. 2011.

BATTESINI, M.; SPERB, A. A vigilância contemporânea no Brasil: contribuições para uma discussão. **Boletim da Saúde**, v. 21, nº 1, Jan./Jun., 2007.

BITOUN, J. *et al.* Região Metropolitana do Recife no Contexto de Pernambuco no Censo 2010. Observatório das Metrôpoles, 2011. Disponível em: <<http://www.observatoriodasmetropoles.net/>>.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p.14-24, jan-abr, 2004.

CASTIEL, L. D. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. Ver. **Saúde Pública**, 2003; 37(2):161-7 161. Disponível em:<[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>.

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

COSTA, A. E. O Trabalhador de vigilância e a construção de uma nova vigilância sanitária: profissional de saúde ou fiscal? In: **Cadernos de Vigilância sanitária**, Brasília, ANVISA, MS, 2001.

COHN, A.; LUIZ, C.O. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 22 (11), 2006.

DORIGONI, G. M. L.; SILVA, J. C. Mídia e Educação: o uso das novas tecnologias no espaço escolar. 2008.

GARIBOTTI, V. *et al.* A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n°22 (5). 2006.

FRAGA, N. R. F. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. Dissertação de Mestrado, UFRGS, 2005.

FRANCO, F. C. **Consciência Sanitária uma questão de comunicação e saúde: um estudo sobre a Vigilância Sanitária de Vitória**. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao\\_por\\_municipio.o.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio.o.shtm)>.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v.34, 2000.

LIMA, C. E.; VILASBÔAS, Q. L. A. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(8), 2011.

LUCHESE G. **Globalização e Regulação Sanitária: os Rumos da Vigilância Sanitária no Brasil** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 2001.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário. In: MENDES, E.V. (Org.) Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: Possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, 21 (3) 2005.

Motta, P. R. **Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: ed. Record, 1991.

NAIME, R. *et. al.* Uma abordagem sobre a gestão de resíduos de serviços de saúde. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v.5 n.2, 2004.

NATANSOHN, G. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación** , Vol. VI, n. 2, 2004.

OLIVEIRA, C.M.A.; DALLARI, G.S, 2011 Vigilância sanitária, participação e cidadania. **Saúde Soc.** São Paulo v 20, n°3, p. 617-624.

PAULA, K. A. *et al.* Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, 2004.

PIOVESAN, M. F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: 2002.

PIOVESAN, M. F.; PADRÃO, M. V. V.; DUMONT, M. U.; GONDIM, G. M.; FLORES, O.; PEDROSA, J. I. & LIMA, L. F. M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev. bras. epidemiol.**, vol.8, no.1, São Paulo, 2005.

RIEG, L.D.; FILHO, T. A. O uso das metodologias “Planejamento Estratégico Situacional” e “Mapeamento Cognitivo” em uma situação Concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da **UFSCar Gestão & Produção** v.9, n.2, 2002.

SANTOS S.G.F.; Marques I. R. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.**, 59(2), 2006.

SOARES, M. C. Internet e saúde: possibilidades e limitações. Revista TEXTOS de la CiberSociedad, 4. Temática Variada. 2004. Disponible en <http://www.cibersociedad.net>

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia de Saúde da Família: Experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. 2010.

SOUZA, M. A. Política habitacional para os excluídos: o caso da Região Metropolitana do Recife. Coleção Habitar - Habitação Social nas Metrôpoles Brasileiras - Uma avaliação das políticas habitacionais em Belém, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo no final do século XX, 2007.

ZANCAN, L. **Cidades saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. Editora Ipes Editorial, vol 1. 2003. Ana Maria Girotti Sperandio (org).



## ANEXO I

**Quadro 1: Proposta de Intervenção.**

<b>AÇÕES</b>	<b>METAS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>ORÇAMENTO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PRAZO</b>	<b>FONTE DE FINANCIAMENTO</b>	<b>ATORES</b>
<b>- Elaborar Boletim Eletrônico em forma de Portal na Internet.</b>	- Manter informada as VISA's nas três esferas de governo e demais setores da Vigilância em Saúde sobre as ações de VISA nos 14 municípios que compõem a RMR.	- Conhecer as competências e atribuições das VISAs nas três esferas de governo; - Divulgar as ações promovidas nos estabelecimentos regulados da RMR e como forma de padronizações das ações; - Tornar conhecido o território e a documentação básica padrão exigida para obtenção da Licença sanitária por estabelecimento.	- De R\$ 1.750,00 a R\$ 5.500,00.	- Quantitativo de VISAs da RMR que participaram das informações dos boletins.	- Para Implantação do Portal: Seis meses; - Alimentação das informações do Portal: Semanalmente; - Manutenção do Portal: Anualmente.	- ANVISA; - Secretaria de Saúde Estadual; - Secretarias de Saúde Municipais.	- Gestores de VISA; - Técnicos de VISA; - Setor de informática; - Comunicação e Imprensa.
<b>- Fortalecer ações Intra e Intersetoriais.</b>	- Implantar rotinas de ações conjuntas.	- Propagar as ações de rotina e inovadoras, bem como as ações intersetoriais realizadas.	-----	- Quantitativo de ações conjuntas no semestre.		-----	- Gestores de VISA; - Técnicos de VISA; - Vigilâncias em Saúde e VISAs das três esferas de governo.

Emanuelle Gemin  
Fernanda D. S. Machado  
Juliana Sousa Dequeche  
Leticia H. W. Nagashima  
Nelceli B. G. Martins  
Renata Pavese  
Rita Maria Fidalski  
Sandro Teixeira Ribeiro  
Sueli Eliane Krast Zilli

**PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS  
MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA DO PARANÁ**

Curitiba  
2012

Emanuelle Gemin  
Fernanda D. S. Machado  
Juliana Sousa Dequeche  
Leticia H. W. Nagashima  
Nelceli B. G. Martins  
Renata Pavese  
Rita Maria Fidalski  
Sandro Teixeira Ribeiro  
Sueli Eliane Krast Zilli

**PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS  
MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA DO PARANÁ**

Projeto Aplicativo apresentado ao  
Instituto Sírio Libanês de Ensino e  
Pesquisa para certificação como  
especialista em Gestão da Vigilância  
Sanitária

Orientadora: Suely Harumi Ioshii

Curitiba  
2012

## FICHA CATALOGRÁFICA (VERSO)

### Nome dos autores

Título do projeto: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012.

Número de páginas.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V Fundação Dom Cabral VI. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título

G333

*[...] não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-  
fazeres se encontram um no corpo de outro. Enquanto ensino, continuo  
buscando, procurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque  
indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando intervenho,  
intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não  
conheço e comunicar ou anunciar a novidade.  
(Paulo Freire, 1998)*

## RESUMO

Para que ocorra o fortalecimento dos serviços desenvolvidos pela VISA é importante investir na capacitação de profissionais, a fim de estar em sintonia com o Sistema Único de Saúde no qual estão inseridos. Esta capacitação deve ser associada em um contexto de Educação Permanente, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um instrumento pedagógico de transformação do trabalho e do desenvolvimento constante dos técnicos, individual e coletivamente. O presente projeto apresenta como território o estado do Paraná - 2ª Regional de Saúde Metropolitana (2ªRSM), o qual conta atualmente com 29 municípios. O objetivo deste estudo é apresentar um Plano de Educação Permanente para profissionais das VISA municipais da 2ª RSM, a fim de modificar sua prática sanitária. O problema foi identificado pelo grupo a partir de uma análise situacional. Após a definição do problema, foram propostos descritores com a finalidade de apresentar intervenções necessárias na busca de solução, bem como indicadores para medir a resolutividade destas intervenções e a identificação dos atores sociais envolvidos. Uma vez definidos os descritores, realizou-se uma análise detalhada das situações, a fim de se promover ações que eliminem os fatores geradores do problema, através da construção de árvores (diagramas de causa-efeito). Após a melhor compreensão do problema, foi possível elaborar o plano, avaliar o impacto das ações sobre as causas e designar os responsáveis pelos projetos, operações estratégicas e acompanhamento da execução das ações definidas. O presente Projeto Aplicativo almeja conquistar uma transformação da saúde pública através de planejamento de capacitações, com profissionais sendo treinados continuamente, novos técnicos recebendo acolhimento que inclua aspectos de ética e postura, além de estabelecer um padrão no atendimento nas ações de VISA. Desta forma, tendo profissionais que utilizam um protocolo padronizado e que estejam preparados para enfrentar as adversidades, é possível manter o técnico com conhecimento na VISA, possibilitando argumentar com mais clareza e objetividade as ocorrências advindas do processo de trabalho. Com este Projeto, espera-se, uma inovação do antigo modelo formal de educação pontual, através de uma proposta que valorize a prática e a articulação com a sua realidade, e que haja a implantação e implementação de uma política de educação permanente para os municípios da 2ª Regional Metropolitana de Saúde do Paraná.

**PALAVRAS CHAVES:** educação permanente, vigilância sanitária, processo de trabalho, capacitação.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Fluxograma da elaboração e implantação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente .....	25
FIGURA 2. Árvore do Problema do Descritor 1 .....	33
FIGURA 3. Árvore do Problema do Descritor 2 .....	36
FIGURA 4. Árvore do Problema do Descritor 3 .....	39

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Municípios de Abrangência da 2ª Regional de Saúde Metropolitana e índice populacional .....	14
TABELA 2. IDH dos Municípios de Abrangência da 2ª Regional de Saúde Metropolitana.....	15
TABELA 3. Matriz decisória para seleção do problema .....	29
TABELA 4. Matriz decisória 2 para seleção do problema .....	29
TABELA 6. Qualificação dos atores sociais envolvidos no Descritor 1 (Dificuldades na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa).....	31
TABELA 7. Qualificação dos atores sociais envolvidos no Descritor 2 (Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Visa).....	31
TABELA 8. Qualificação dos atores sociais envolvidos no Descritor 3 (Baixo índice de gestores da RMC que executam uma Política de Educação Permanente em Visa).....	32
TABELA 9. Vetor de Descrição dos Resultados .....	41
TABELA 10. Identificação das frentes de ação para o problema dentro das capacidades do ator .....	42
TABELA 11. Identificação das frentes de ação para o problema fora das capacidades do ator .....	42
TABELA 12. Desenho das Operações/ Sob a governabilidade do ator .....	43
TABELA 13. Identificação das demandas frente a outros atores .....	44
TABELA 14. Avaliação das Operações .....	45
TABELA 15. Orçamento das Operações que exigem recursos econômicos.....	46
TABELA 16. Possíveis cenários na aplicação do Projeto .....	47
TABELA 17. Análise de viabilidade considerando os atores sociais .....	48
TABELA 18. Análise da viabilidade considerando os atores sociais frente às variáveis para a Operação 1 - Plano de cargos e carreiras em saúde, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com experiência e perfil em Visa.....	49
TABELA 19. Análise da viabilidade considerando os atores sociais frente às variáveis para a Operação 2 - Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos;.....	50
TABELA 20. Análise da viabilidade considerando os atores sociais frente às variáveis para a Operação - Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no Programa de Educação Permanente.....	51
TABELA 21. Operações estratégicas .....	53

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APPCC	Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEEPS	Colégio Estadual de Educação Permanente em Saúde
CEIOART	Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CME	Central de Material Esterilizado
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NR	Norma Regulamentadora
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PA	Projeto Aplicativo
PAVS	Plano de Ação em Vigilância Sanitária
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PREPS	Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RMC	Região Metropolitana de Curitiba
RS	Risco Sanitário
RSM	Regional de Saúde Metropolitana

SCAPS	Seção de Atenção Primária à Saúde
SCVGE	Seção de Vigilância Epidemiológica
SCVSAT	Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPACTO	Sistema de Indicadores do Pacto pela Vida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
VDP	Vetor de Descrição do Problema
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
3.1. ANÁLISE SITUACIONAL DA 2ªRSM.....	14
<b>4. REFERENCIAIS TEÓRICOS .....</b>	<b>19</b>
4.1. POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	23
4.2. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO PARANÁ.....	26
4.3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA .....	26
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
5.1 SELEÇÃO DO PROBLEMA.....	28
5.2 DESCRITORES DO PROBLEMA.....	30
5.2.1. <i>Vetor de descrição do problema</i> .....	30
5.2.2. <i>Identificação dos atores sociais</i> .....	31
5.2.3. <i>Árvores de problemas</i> .....	32
5.2.3.1. <i>Árvore 1:</i> .....	33
5.2.3.2. <i>Árvore 2:</i> .....	35
5.2.3.3. <i>Árvore 3:</i> .....	38
5.3 DESENHO DO PLANO .....	40
5.4 CONSTRUÇÃO DE CENÁRIO, VIABILIDADE E GESTÃO DO PLANO .....	47
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A – MAPA MENTAL DO PROJETO .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE B – PLANO DE CAPACITAÇÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO A – DIAGNÓSTICO SOBRE NECESSIDADES DE CURSOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR NA 2ªRSM – 2012.....</b>	<b>65</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Mergulhar na história e compreender a Vigilância Sanitária é condição básica para entender o presente e planejar o futuro. Com o pensamento de revisitar a sua trajetória, desde a sua criação em 1999, observa-se que a Visa ainda se apresenta num modelo limitado, organizando os seus serviços de forma fragmentada, mantendo-se o antigo modelo em detrimento de uma proposta inovadora com a redefinição das suas práticas.

Buscar a ampliação das ações de saúde envolvendo a intersectorialidade em consonância com o desenvolvimento global e “a modernidade”, aponta para a necessidade do profissional estar cada vez mais aberto a novos conhecimentos, à ética, à aquisição de competência ao trabalho multidisciplinar e multiprofissional.

O presente estudo demonstra que são necessárias Políticas Públicas sustentáveis voltadas para a Educação Permanente de técnicos e gestores da Vigilância Sanitária.

Segundo Barreira (1999), “a construção de uma memória coletiva é que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente enquanto produto histórico”. Observa-se atualmente que o cenário de profissionais da Vigilância Sanitária tem se apresentado com um quadro funcional insuficiente tanto quantitativa quanto qualitativamente, contribuindo para a fragilização do setor.

Considerando este panorama, faz-se necessário um estudo direcionado pelo problema apresentado, visto que ao longo dos anos de implementação do SUS, a capacitação e a contratação de pessoas, aliados ao financiamento, descentralização, planejamento e informação, tem sido uma reivindicação constante dos gestores.

Do ponto de vista quantitativo, percebe-se que a definição de uma equipe mínima multiprofissional estabelecida a partir de critérios como tamanho populacional do município, IDH, número e complexidade de estabelecimentos e serviços sob regulação da Visa contribuiria para a construção de uma nova perspectiva de gestão de pessoas e conseqüentemente na gestão da Visa.

No contexto onde o ambiente organizacional se torna cada dia mais instável, acelerado e revolucionário, passando a exigir profissionais com novos perfis, dotados de talentos como ousadia, criatividade e capacidade de responder rapidamente aos conflitos e a mudanças de comportamentos, o fator qualitativo dos técnicos da Visa pode ser contornado através da aprendizagem permanente, que deve estar em sintonia com os problemas vivenciados em sua prática.

É fundamental para o desenvolvimento e o fortalecimento da Vigilância Sanitária o investimento na capacitação dos profissionais para que as ações de vigilância se

tenham efetivas e de acordo com as prementes necessidades de saúde da comunidade a ser assistida.

Em 2004, foi publicada a Portaria 198/GM/MS que institui a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde. Para a implantação dessa Política, em agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS 1996, a qual define diretrizes e estratégias a serem seguidas, e que devem considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

De acordo com a ANVISA (2011), em seu documento “Diretrizes para a gestão da educação em Vigilância Sanitária na Política de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde – SUS”, vários cursos e outras iniciativas de formação profissional em Vigilância Sanitária foram realizados, entretanto, estes se concentraram em algumas regiões do país e de maneira episódica, não configurando uma política de educação que trouxesse impacto no nível de proteção sanitária das populações.

A política de gestão da educação articulada ao trabalho deve ser pactuada de forma bipartite e subsidiar, em todos os âmbitos, a sua consolidação para aumentar sua capacidade de identificar e intervir sobre os riscos à saúde.

Frente a essa necessidade de profissionais qualificados, ressalta-se a importância de uma proposta de educação permanente que considere as especificidades regionais com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores no plano individual e coletivo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Apresentar um Plano de Educação Permanente para profissionais de Visa dos municípios da 2ª Regional de Saúde Metropolitana do Paraná para a transformação de sua prática sanitária.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Capacitar os profissionais de Visa na identificação dos riscos sanitários, e na elaboração e execução do planejamento baseado em risco sanitário;
- Implantar em todos os municípios da 2ªRSM um Programa de Acolhimento de profissionais recém admitidos na Visa;
- Apresentar aos gestores a relevância da implantação de uma Política de Educação Permanente;
- Sensibilizar os gestores sobre a importância de uma equipe mínima e multidisciplinar e a realização de concursos públicos para a contratação de mais profissionais em Visa.

### 3. JUSTIFICATIVA

Atualmente a qualidade na assistência à saúde e a humanização dos serviços têm ocupado espaço na agenda da gestão municipal como meta prioritária para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

No contexto da Vigilância Sanitária, entende-se que o profissional atuante nesse âmbito deve centrar suas ações na prevenção dos danos e na promoção da saúde, atuando sobre seus fatores determinantes com propósito de elevar os níveis de saúde da população e, portanto, consolidar o próprio SUS em sua missão reformadora. Mediante essa realidade, torna-se crescente a necessidade de qualificação do trabalho dos profissionais que atuam nessa esfera.

Observa-se neste arquétipo uma grande complexidade das ações da Visa, que implica constante observação e mudança de paradigma, em que o modelo fragmentado cede espaço às ações intersetoriais de vigilância em saúde, dependendo, portanto, da revisão de perfis profissionais e da implementação ostensiva de novos mecanismos de formação, reciclagem e educação permanente.

A Portaria 1996/GM/MS, citada anteriormente, baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, através do modelo de aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

Neste sentido, este Projeto Aplicativo se propõe a colocar em prática as diretrizes da Portaria supracitada no contexto da 2ª Regional de Saúde Metropolitana.

#### 3.1. ANÁLISE SITUACIONAL DA 2ªRSM

A 2ª Regional de Saúde Metropolitana (2ªRSM) conta atualmente com 29 municípios, englobando a capital paranaense – Curitiba – sendo que deste total 26 fazem parte da região metropolitana de Curitiba e três não estão incluídos nela ainda (Campo do Tenente, Piên e Rio Negro). Segue abaixo tabela elencando os municípios de abrangência da 2ª RSM:

TABELA 1. Municípios de Abrangência da 2ª Regional de Saúde Metropolitana e índice populacional

<b>Município</b>	<b>2010</b>
Adrianópolis	6.351
Agudos do Sul	8.270
Almirante Tamandaré	99.514
Araucária	116.683
Balsa Nova	11.196

Bocaiúva do Sul	10.531
Campina Grande do Sul	38.442
<i>Campo do Tenente*</i>	7.121
Campo Largo	107.711
Campo Magro	24.302
Cerro Azul	16.913
Colombo	208.805
Contenda	15.858
Curitiba	1.678.965
Dr. Ulysses	5.685
Fazenda Rio Grande	81.551
Itaperuçu	23.871
Lapa	44.822
Mandirituba	22.123
<i>Piên*</i>	11.144
Pinhais	112.852
Piraquara	91.783
Quatro Barras	19.363
Quitandinha	17.081
Rio Branco do Sul	28.005
<i>Rio Negro*</i>	31.090
São José dos Pinhais	254.556
Tijucas do Sul	14.312
Tunas do Paraná	6.242

\* Os municípios destacados não fazem parte de Região Metropolitana de Curitiba

A tabela a seguir apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios da 2ªRSM. Este índice mede a qualidade de vida de um determinado município. Valores entre 0 e 0,499 são considerados baixos; Valores entre 0,500 e 0,799 são considerados médios e valores maiores ou iguais a 0,800 são considerados bons.

A tabela 3 apresenta valores de:

IDHM-L = Índice médio de longevidade da população

IDHM-E = Índice médio da qualidade de educação

IDHM-R = Índice médio de renda da população

TABELA 2. IDH dos Municípios de Abrangência da 2ª Regional de Saúde Metropolitana

<b>Município</b>	<b>IDHM-L</b>	<b>IDHM-E</b>	<b>IDHM-R</b>	<b>IDHM-M</b>
Adrianópolis	0,748	0,735	0,566	0,683
Agudos do Sul	0,704	0,819	0,614	0,712

Almirante Tamandaré	0,685	0,845	0,655	0,728
Araucária	0,813	0,901	0,689	0,801
Balsa Nova	0,813	0,869	0,662	0,781
Bocaiúva do Sul	0,708	0,803	0,645	0,719
Campina Grande do Sul	0,762	0,855	0,667	0,762
Campo do Tenente	0,644	0,809	0,608	0,687
Campo Largo	0,737	0,880	0,706	0,744
Campo Magro	0,708	0,837	0,676	0,740
Cerro Azul	0,753	0,721	0,577	0,684
Colombo	0,738	0,870	0,685	0,764
Contenda	0,768	0,852	0,663	0,761
Curitiba	0,776	0,946	0,846	0,856
Dr. Ulysses	0,644	0,721	0,516	0,627
Fazenda Rio Grande	0,762	0,875	0,652	0,763
Itaperuçu	0,683	0,753	0,590	0,675
Lapa	0,716	0,863	0,683	0,754
Mandirituba	0,765	0,836	0,680	0,760
Piên	0,731	0,860	0,669	0,753
Pinhais	0,822	0,902	0,721	0,815
Piraquara	0,708	0,859	0,664	0,744
Quatro Barras	0,714	0,887	0,722	0,774
Quitandinha	0,695	0,825	0,624	0,715
Rio Branco do Sul	0,683	0,785	0,639	0,702
Rio Negro	0,804	0,892	0,706	0,801
São José dos Pinhais	0,764	0,893	0,731	0,796
Tijucas do Sul	0,699	0,818	0,631	0,716
Tunas do Paraná	0,768	0,695	0,594	0,686

O IDH, índice desenvolvimento humano, é um índice que mede o desenvolvimento médio de um país ou município, baseado em três aspectos básicos do desenvolvimento humano: longevidade, educação e qualidade de vida. A longevidade é medida pela expectativa de vida; a educação é medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa de escolarização combinada dos ensinos primário, secundário e superior; e a qualidade de vida pelo PIB per capita. Comparando o IDH dos municípios de abrangência da 2ª RSM, observamos uma desigualdade social no território, pois temos uma discrepância entre os municípios, onde alguns são antigos, próximos da capital, com indústrias e grandes empresas instaladas, como Araucária, São José dos Pinhais e a capital Curitiba. Observa-se o outro lado, onde se tem municípios novos, distantes, de difícil acesso e com um número

reduzido de habitantes e estabelecimentos que prestam serviços à saúde, como no caso de Tunas do Paraná e Dr. Ulysses.

“Transformar crescimento econômico em bem-estar para todos é o grande desafio enfrentado pelos diversos países e suas comunidades, na redução das desigualdades existentes nas sociedades nacionais e entre elas” (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento–PNUD, 2011), portanto faz-se necessário a realização de uma Política Pública para reduzir a desigualdade social, ampliando o acesso da população a uma educação de qualidade, a saúde, a empregos e salários que acabem resultando numa melhor qualidade de vida para as pessoas. Inevitavelmente elas fazem o índice melhorar, fazendo com que o País chegue a um patamar de alto desenvolvimento humano.

Existe uma heterogeneidade grande entre os municípios que fazem parte da regional em termos de equipe de Visa; alguns municípios contam com uma equipe formada por número adequado de profissionais, contemplando diversas áreas de formação acadêmica. No entanto, atualmente este bom número de profissionais não consegue acompanhar o crescimento populacional dos municípios maiores (como por exemplo Curitiba, São José dos Pinhais e Colombo), tornando o número de técnicos da Visa defasado. Dentro da 2ª RSM também existem municípios pequenos, localizados em regiões pobres do estado, como o Vale da Ribeira, em que um único técnico é responsável pela Vigilância em Saúde do local (Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador). Há ainda municípios pequenos, bem estruturados, com equipes de Visa com número de profissionais relativamente adequado à população local, entretanto, esta equipe é composta por profissionais recém-contratados, sem experiência em Visa, os quais necessitam urgentemente de treinamento para poderem atuar adequadamente.

Percebe-se então que há a necessidade da implantação/implementação nesta região de um programa de capacitação que contemple tanto profissionais que já atuam há algum tempo na Visa, como também os recém-chegados nas equipes.

A 2ªRSM tem procurado trabalhar de forma presente dentro de cada um dos municípios de sua abrangência, respeitando a especificidade de cada um, oferecendo apoio técnico para atender as demandas de cada equipe, na tentativa de suprir a falta de algum profissional. E, por estar em contato diário com as equipes de Visa municipais, sua equipe técnica tem constatado que existem algumas necessidades (gerais ou específicas de determinados municípios) em relação a treinamentos e capacitações.

A equipe de técnicos da regional, no momento de planejamento das ações a serem executadas no ano, juntamente com as chefias de seção, incluiu uma programação de treinamentos e capacitações para os municípios da 2ª RSM, ou seja, uma tentativa de suprir as demandas municipais através de um programa de capacitação continuada abrangendo as diversas áreas de atuação da vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador e

estabelecendo um *link* com a vigilância epidemiológica. No entanto, sabe-se da importância de se estabelecer na regional um programa de educação permanente, contemplando todos os municípios de sua abrangência e todos os técnicos das equipes, com o intuito de capacitar profissionais nas áreas de Vigilância Sanitária por meio de uma abordagem multidisciplinar, integrando bases conceituais, comportamentais, técnico-científicas e instrumentos operacionais, para atuarem de forma crítica com competência técnica nos diferentes aspectos que compõem a Vigilância Sanitária, como forma de intervenção do Estado na promoção, proteção e prevenção de agravos, fundamentadas na avaliação e controle de risco sanitário.

A tabela no Anexo A traz a relação de treinamentos e capacitações realizadas no ano de 2012 pelos técnicos da 2ªRSM para os municípios de sua abrangência.

Com a Política de Educação Permanente, os municípios de abrangência da 2ª RSM, poderão ampliar a formação e o desenvolvimento dos profissionais do SUS, principalmente na organização dos serviços da VISA, identificando problemas do cotidiano e construindo soluções capazes de melhorar a rotina da população.

#### 4. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Requisitos como atitude, entusiasmo, vontade de fazer algo, comprometimento, remetem a um importante atributo que o profissional de Visa deve apresentar: motivação. Especificamente no campo da Visa, espera-se que se manifeste com maior intensidade, pois constantes mudanças e situações conflitantes fazem parte do cotidiano dos técnicos que atuam em Vigilância Sanitária.

Segundo Quintana *et al.* (1999), se a equipe não estiver motivada, poderá ocorrer a perda do sentido de responsabilidade social junto a população. Um instrumento valioso a ser utilizado para superar essa situação é a Educação Permanente, conceito inicialmente apresentado em 1984 pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), e que estabelece vínculos entre a Educação e o Trabalho.

A formação de um profissional capacitado é gradativa e cabe ressaltar que as ações de Vigilância Sanitária se destacam dentre as demais ações de saúde, por necessitar de uma força de trabalho extremamente qualificada. Seu objeto de atuação tem um caráter complexo, tornando necessária a aquisição de conhecimentos advindos de diversas áreas, justificando também o envolvimento de equipes multidisciplinares (NASCIMENTO, 2001).

Dentre os inúmeros aspectos que vêm sendo abordados no campo da Visa, especialmente com a intensificação do seu processo de descentralização, destacam-se a capacitação e o desenvolvimento dos seus recursos humanos (RH), considerado um ponto crítico na saúde. Para a Visa, a qualificação dos seus profissionais reveste-se de maior complexidade, pois nem todos os cursos de graduação contemplam este campo de atuação em seu currículo, ficando a formação profissional sujeita a capacitações em cursos de pós-graduação, nem sempre disponíveis na maioria dos municípios brasileiros.

Há, ainda, a considerar, as características do processo de trabalho em Visa, que envolve a multiprofissionalidade, ações intersetoriais e interinstitucionais, capacidade gerencial e técnica nas diferentes áreas de atuação para a regulação do risco sanitário, em sociedades de riscos crescentes, movida pelo consumo de produtos, serviços e tecnologias, inclusive as de saúde, que muitas vezes produzem iatrogenias (LUCCHESI *et al.*, 2006 *apud* LEAL e TEIXEIRA, 2009).

Outra habilidade importante para os profissionais de Visa, citada por Bastos *et al.* (2006) e Leal e Teixeira (2009), é a capacidade de articular-se com várias instâncias da sociedade, como instituições que mantêm interface entre a saúde e a sociedade organizada, para o controle social e a mediação de conflitos. Preconiza-se que estes profissionais ajam com o conhecimento do que dita a legislação e trabalhem em equipes de forma cooperativa e padronizada, pois lidam com objetos variados.

A padronização deve ser alcançada por meio da elaboração, teste e avaliação prévia dos seus instrumentos de ação, como, por exemplo: roteiros de inspeção; *check list*; autos de infração, de imposição de penalidade, de apreensão e inutilização de produtos, entre outros - sempre de acordo com as necessidades do mercado e de proteção da saúde da população, em permanente acompanhamento das inovações tecnológicas.

Para Bastos *et al* (2006) e Leal e Teixeira (2009), os profissionais que atuam neste subcampo da Saúde Coletiva devem agir, também, de forma ética, imparcial, autônoma e transparente, pois podem responder administrativamente, penal e civilmente por seus atos. São representantes do poder público para a limitação de interesses conflitantes entre mercado e saúde, individual e coletivo.

Um outro aspecto crítico no campo da VISA e que influencia na complexidade das ações de VISA é o número insuficiente de profissionais. Esta realidade é encontrada em diversos municípios, o que também é percebido na 2ªRSM, principalmente nos municípios com população inferior a 5000 habitantes, que não apresentam em seu quadro uma equipe mínima de VISA. Soma-se a isso, a escassez de recursos administrativos, refletindo em uma maior dificuldade das prefeituras em acompanhar as transformações sociais e impactando na saúde e na qualidade de vida da população. Segundo FEKETE (2001 *apud* LEITE, OLIVEIRA, 2008):

*[...] A disponibilidade de recursos humanos adequadamente preparados é fator indissociável da qualidade e do volume da produção de serviços e que é responsabilidade do gestor promover o desenvolvimento de seus recursos humanos, através de processos de capacitação e formação profissional.*

Mas mudanças são necessárias. Uma das maneiras de minimizar os danos seria a contratação de mais profissionais e a implantação de uma Política de Educação Permanente, articulada através do gestor estadual e regional, que considera a diversidade local. Leite e Oliveira (2008) enfatizam que essa política de desenvolvimento e qualificação profissional deve considerar, além dos aspectos referentes a uma formação geral, as necessidades específicas de cada Estado e de cada Município, em função das distintas realidades existentes.

No planejamento da educação em vigilância sanitária é relevante considerar as características deste campo, que naturalmente impõem dificuldades na formação de seus profissionais. Sobretudo em função da complexidade de seu processo de trabalho que além de aspectos legais, necessitam anexar também conhecimentos científicos e tecnológicos, próprios de distintas áreas de conhecimento. Soma-se a isto a premência em acompanhar os avanços da contínua incorporação de novas tecnologias e do progresso científico, bem como imprimir um enfoque interdisciplinar e intersetorial (COPRH/ANVISA & CECOISA NESCON/UFMG, 2006).

Assim, os profissionais que atuam na Vigilância Sanitária necessitam ser parte de uma política de desenvolvimento e qualificação profissional, associada a mecanismos de valorização, tais como o plano de cargos, carreiras e salários, em virtude das características particulares do processo de trabalho em Vigilância Sanitária que impõe limitações quanto ao vínculo empregatício, impedimentos quanto ao exercício profissional no setor regulado, vulnerabilidade a pressões de ordem política e econômica e não raramente, agressões à integridade física dos profissionais multidisciplinares (NASCIMENTO, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a Educação Permanente é uma proposta de ação estratégica na qual os universos da formação e do trabalho se encontram, mostrando-se uma solução ideal para a problematização da qualificação do profissional de Saúde, e no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e se desenvolve a partir dos problemas diários que ocorrem no *locus* de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe.

É importante abrir aqui um parêntese, a respeito dos conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde. Muitas vezes, em Saúde Pública, utilizam-se os dois termos como sinônimos, podendo ser atribuídos tanto aos programas pontuais de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica, como para serviços incluídos nos organogramas oficiais das instituições de saúde. Esta idéia é reforçada por Mancina *et al* (2004) que coloca que a demanda e pressão por respostas rápidas têm induzido a reprodução de modelos consolidados de educação no trabalho em que se deixa de explicitar o conceito que se está empregando na implantação de Programas ou Sistemas de Educação Permanente e Continuada.

Segundo Silva *et al* (1989), a Educação Continuada pode ser definida como:

*[...] conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional... a educação continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha.*

Segundo Nunes (1993) a Educação Continuada é uma alternativa mais centrada no desenvolvimento de grupos profissionais, seja através de cursos de caráter seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo. Enquanto a Educação Permanente envolve a mudanças das estratégias de organização e do exercício da atenção que passam a ser problematizadas, isto é, a lógica da Educação Permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar.

Para FARAH (2003), a educação continuada é um processo educativo focado no treinamento para aumentar a produtividade ou adequação dos profissionais aos programas

verticais. É uma preocupação baseada no aprimoramento de técnicas. Complementando, MASSAROLI e SAUPE (2008) colocam a educação continuada como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais. Já o conceito de Educação Permanente pode ser colocado como algo mais amplo que a educação continuada. MASSAROLI e SAUPE (2008) colocam como:

*[...] algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador.*

A Educação permanente permite o encontro do mundo em formação com o mundo do trabalho, e a qualificação técnico-científica é apenas um dos aspectos das transformações das práticas e não o seu foco central. Não há espaço nessa perspectiva para ações educativas verticalizadas e fora de contexto. As demandas emanam do processo de trabalho e do espaço em que os profissionais e membros das comunidades estão inseridos. (FARAH, 2003)

Assim, a possibilidade de discutir a educação permanente e sua relação com a seguridade da saúde da população é uma oportunidade de aproximar as fronteiras do conhecimento com a prática dos profissionais. É de extrema importância romper com a segmentação da atuação da vigilância sanitária e enfrentar o desafio de construir novos caminhos, impulsionando formas diferentes de pensar o espaço coletivo.

A discussão sobre a mudança na estratégia de formação dos profissionais de saúde se iniciou na América Latina anteriormente à implantação da Política de Educação Permanente no Brasil. Na década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde. A partir da constatação de que o planejamento das ações em saúde tinha íntima relação com o planejamento dos recursos humanos disponíveis, a OPAS iniciou pesquisas nos países latino-americanos com o intuito de desenvolver alternativas efetivas na formação dos profissionais de saúde (LOPES *et al*, 2007).

Iniciou-se então nesse período a proposta de Educação Permanente, disseminada pela América Latina como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Este conceito de educação admite que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados. Todo o conhecimento nesta experiência é válido e reconhecido, independente de sua origem ou do modo como foi adquirido, devido sua construção a partir de um fato real. Segundo Lloréns (1986, apud Lopes *et al* 2007) a atividade do trabalhador pode ser o ponto

de partida de seu saber real, determinando, dessa maneira, sua aprendizagem subsequente.

Também, a UNESCO, já vem trabalhando esse conceito há mais tempo e considera que o processo educativo seja dinâmico, contínuo e que além de capacitação de pessoas traga, também, avanços sociais.

A crítica da prática de formação pouco relacionada ao contexto de trabalho, característica dos Programas de Educação Continuada, tem permitido reduzir os treinamentos à reciclagem do conhecimento, assumindo o mesmo sentido da “reciclagem do lixo”.

O Ministério da Saúde (2004), ao propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra soluções de execução nacional para uma Política de Educação Permanente em Saúde, para garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população.

Mancia (2004) coloca que neste contexto de desafio e compromissos, a formação e o desenvolvimento profissional que toma em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor são fundamentais para estimular e desencadear novos perfis de trabalhadores e de gestores das ações, serviços e sistemas de saúde. As políticas e propostas nacionais pretendem dar condições para que o país possa ter uma gestão do trabalho e da educação com vigor de política pública. Há, no entanto, a necessidade de consolidar essas condições e transformar os órgãos de gestão e de formação para que revelem forte compromisso social. Um conjunto de projetos, ações, operações e serviços estão em desenvolvimento para o apoio e dinamização da constituição da Educação Permanente em Saúde e para a Regulação Profissional em Saúde.

A criação de um setor voltado especificamente à educação e formação de recursos humanos dentro do MS emergiu a partir da constatação de que os modelos de capacitação, até então desenvolvidos, limitavam-se a introduzir mudanças pontuais nas instituições, relacionadas a problemas locais. Isto porque se percebeu que o modelo de educação continuada com enfoque em temas, praticado de forma fragmentada, voltado apenas para a atualização técnico-científica, utilizando-se de pedagogia da transmissão e memorização de conhecimentos, acabava por reproduzir todos os vieses negativos da formação tradicional, contribuindo para a reprodução dos modelos hegemônicos, ao invés de favorecer mudanças significativas das práticas, da gestão e do controle social (MANCIA, 2004).

#### 4.1. POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS e dá outras providências, condição que favorece aos Gestores como apoio legal para implantação e sustentabilidade destas ações.

A proposta para a política de Educação Permanente parte do pressuposto da Aprendizagem Significativa, ou seja, educadores e estudantes têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento (BRASIL, 2004).

As estratégias de articulação adotadas pelo MS para assegurar a educação permanente no SUS, envolvem: a interlocução com o Conselho Nacional da Saúde (CNS) e a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do CNS; com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); com o MEC; com as universidades; com as escolas técnicas de saúde: a construção da política de qualificação e formação dos profissionais de nível técnico; e com a Organização Pan-Americana da Saúde. Dentre estes setores destacamos as Universidades, onde as perspectivas de transformação envolvem os seguintes campos: a produção de conhecimentos, a prestação de serviços e a formação profissional. (BRASIL, 2004).

Em 20 de agosto de 2007, é instituída a Portaria 1996/GM/MS, que define diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional, adequando-a às diretrizes operacionais e ao Pacto pela Saúde. Esta Portaria estabelece as atribuições de cada ator dentro do fluxo de implementação das estratégias de Educação Permanente.

As diretrizes da Portaria 1996/GM/MS devem ser conduzidas regionalmente pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), a fim de elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) consistente e que apresente as seguintes informações: caracterização da região de saúde, identificação e caracterização dos problemas de saúde, os atores envolvidos, relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde, produtos e resultados esperados, processo de avaliação do plano, recursos envolvidos para a execução deste plano.

Com base nesse PAREPS, que deve ser devidamente aprovado por uma Comissão Intergestora Bipartite, a CIES deverá trabalhar na construção de projetos e estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, e apresentá-los à CGR que, então, fará a validação e o acompanhamento da execução dos projetos.

O fluxograma da figura 1 ilustra a dinâmica da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde numa determinada região.

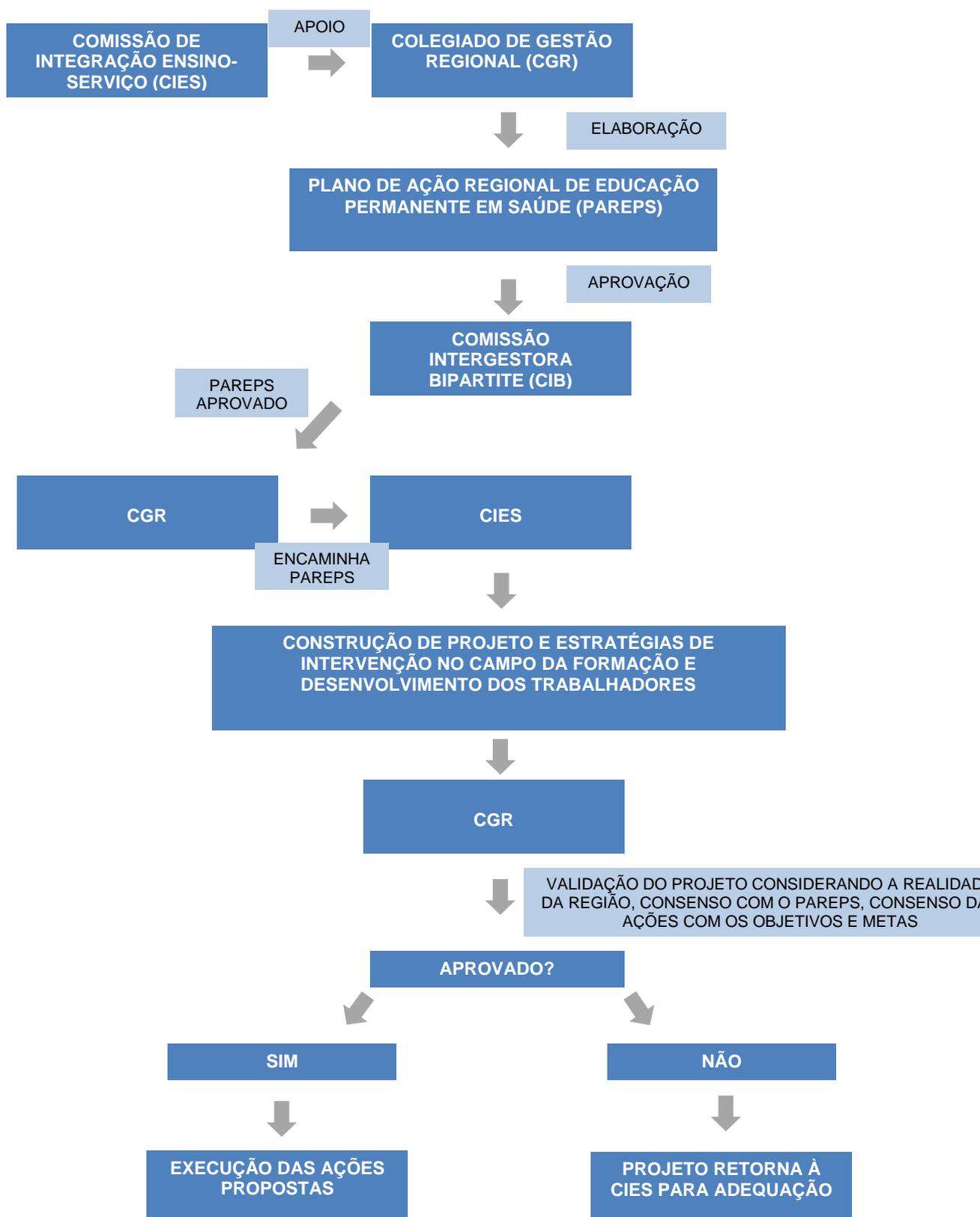


FIGURA 1. Fluxograma da elaboração e implantação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente

#### 4.2. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO PARANÁ

No Estado do Paraná, foi apresentado em 2010 o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. O plano propõe que, para a promoção de ações resolutivas em saúde, exige-se um esforço voltado para a reorganização dos processos de trabalho e a sensibilização e melhor preparação das pessoas para a transformação da sua realidade em busca de um *lócus* mais saudável. Desta forma, o investimento na qualificação dos profissionais e comunidade como promotores deste *lócus* saudável, é de fundamental importância, e vai de acordo com a caracterização de Educação Permanente propriamente dita. O plano de educação permanente em saúde tem como base os indicadores de saúde do Paraná, os quais definem as ações que deverão ser desenvolvidas buscando atingir os compromissos prioritários do Plano Estadual de Saúde (SESA, 2010).

De acordo com o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Paraná, existem hoje vinte e dois Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS) – denominados na Portaria 1996/GM/MS como CIES - que se compõem por representantes de todas as instituições regionais que fazem interface com a saúde, e que tem a responsabilidade de observar a realidade local e traçar estratégias para a solução dos problemas regionais e contribuir para o fortalecimento dos princípios do SUS; seis Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde, compostos por representação dos cinco segmentos integrantes dos PREPS da Macrorregião que garantem a representação loco regional para implementação da política nacional e estadual de Educação Permanente em Saúde, além de um Colegiado Estadual de Educação Permanente em Saúde (CEEPS) que se constitui num espaço de troca e discussão de propostas gerais para o Estado a serem discutidas em Câmara Técnica da CIB (SESA, 2010).

#### 4.3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Para a área da Vigilância Sanitária, cuja prestação de serviços e força de trabalho representam e asseguram a qualidade e efetividade de suas ações, foi apresentado em 2011, um documento propondo as diretrizes para a Gestão da Educação em Visa, em consonância com o SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A implementação dessas diretrizes busca alcançar unidade na ação para proteger a saúde, intervir sobre os riscos sanitários e tornar a formação do trabalhador em Visa de encontro com as ideias defendidas pelo SUS, respeitando as especificidades locais (ANVISA, 2011).

As diretrizes apresentadas neste documento englobam ações sobre a Gestão da Educação em Visa no SUS, sobre o modelo de organização das ações educacionais, sobre a gestão do trabalho e sobre os processos educacionais. Percebe-se que, ao mesmo tempo

em que existem características comuns no trabalho de Visa que o tornam único dentro da área de saúde, é impossível padronizar os processos de gestão e de formação numa extensa federação cooperativa desigual (ANVISA, 2011).

## 5. METODOLOGIA

Para a construção de um planejamento é necessária a identificação dos problemas a serem trabalhados. O problema pode ser entendido como uma situação negativa ou déficit que se quer resolver, ou ainda, como um obstáculo que impede o ator de alcançar seus objetivos. Para tanto, é necessário o planejamento de intervenções como forma de enfrentamento desses problemas. Realizou-se então a análise situacional, a fim de conhecer o modo como foi produzida determinada situação através da avaliação da situação inicial e a situação desejada, vivenciadas pelos profissionais de Visa.

### 5.1 SELEÇÃO DO PROBLEMA

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a priorização ou seleção deste, uma vez que dificilmente poderão ser resolvidos ao mesmo tempo.

Existem diversas formas de seleção de problemas. A metodologia de seleção utilizada foi através da construção de uma planilha em que os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à sua prioridade, sendo os problemas afins agrupados. A cada problema elencado, através de uma avaliação realizada pelos integrantes do grupo, foram atribuídos valores e interesses, de acordo com as etapas abaixo:

#### 1. **Técnicos de Visa em número insuficiente**

Devido a sobrecarga e acúmulo de funções (Inspeções, zoonoses, gestão, etc) e a necessidade de realizar atividades com grande diversidade.

#### 2. **Falta de conhecimento mínimo do Gestor em planejamento e legislação**

Os Gestores necessitam conhecer a área de atuação e abrangência da Visa e por isso, a sugestão para capacitação dos Diretores das Regionais de Saúde

#### 3. **Trabalhadores desmotivados frente à interferência política**

A interferência política impede o desenvolvimento adequado das ações de Visa, com a conseqüente frustração do profissional.

#### 4. **Falta de capacitação de equipe técnica da Visa**

Faltam profissionais qualificados para ajudar na demanda de trabalho

Para Matus (1996), o planejamento é um processo técnico-político resultante de um jogo de atores em interação, conflito, cooperação e alianças, é, deste modo, uma atividade de cunho nitidamente político, da mesma forma que a política é um jogo e conflito de estratégias que constituem e requerem, cada vez mais, um esforço de planejamento com os

recursos técnicos disponíveis, organizando informações, hierarquizando e ordenando as ações, orientando as decisões.

Após a identificação dos problemas, realizou-se a matriz decisória (Tabela 3), onde foram avaliados o Valor e o Interesse em solucionar os problemas, através de pontuação de acordo com a urgência das ações necessárias para enfrentá-los e qual o problema central que impede, inviabiliza ou dificulta a implementação do projeto.

**Os valores são classificados em:** Alto, médio ou baixo

**Interesse:** Sinal negativo – manter a realidade ou rechaçar a mudança

Sinal positivo – mudar a realidade

Indiferença – neutro

TABELA 3. Matriz decisória para seleção do problema

<b>Problemas</b>	<b>Valor</b>	<b>Interesse</b>
Técnicos em Visa em números insuficientes	100% alto	100% +
Falta de conhecimento mínimo do gestor em planejamento e legislação	60% alto 40% médio	100% +
Trabalhadores desmotivados frente à interferência política	70% alto 30% médio	100% +
RH insuficientes e sem capacitação	100% alto	100% +

Os problemas elencados pelo grupo foram avaliados pelo seu Valor e Interesse: “técnicos de Visa em número insuficientes” e o “RH insuficiente e sem capacitação” apresentaram um valor 100% alto, “a falta de conhecimento do gestor em planejamento e legislação” obteve 60% de Valor alto e 40% médio e “os trabalhadores desmotivados frente à interferência política” obteve 70% de Valor alto e 30% de Valor médio. Constata-se que todos os problemas possuem interesse positivo para mudar a realidade.

Diante desse quadro, foram selecionados os dois problemas com maiores Valores e Interesses:

TABELA 4. Matriz decisória 2 para seleção do problema

<b>Problemas selecionados (A+)</b>	<b>Pontuação (0 a 10)</b>
Técnicos em Visa em número insuficiente	80% notas 8 20% notas 9
RH insuficientes e sem capacitação	100% notas 10

Discutidos os problemas, o de maior nota foi:

**RH insuficientes e sem capacitação**

O Grupo Afinidade avaliou o problema prioritário para melhorar a qualidade dos serviços de Vigilância Sanitária, 80% do grupo pontuou 8 e 20% 9 para o problema “Técnicos em Visa em n° insuficiente” e 100% do grupo pontuou 10 para o problema “RH Insuficiente e incapacitado” (Tabela 4).

## 5.2 DESCRITORES DO PROBLEMA

Apenas selecionar o problema não é suficiente para se definir as intervenções necessárias para a busca de sua solução. É necessário descrevê-lo, isto é, realizar um maior detalhamento de suas características para que se possa ter uma ideia de sua dimensão e quantificação, para posteriormente avaliar o impacto causado pelo plano de intervenção aplicado. A partir do problema selecionado, foram levantados três descritores principais. São eles:

D1. Dificuldade na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa

D2. Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Visa

D3: Baixo índice de gestores da RMC que executam uma Política de Educação Permanente em Visa

### 5.2.1. Vetor de descrição do problema

O próximo passo a ser seguido, seria a apresentação dos Vetores de Descrição do Problema (VDP).

O VDP nada mais é do que um conjunto de descritores que tornam a explicação do problema única, clara e objetiva a todos os atores envolvidos no processo evitando que o problema possa ter mais que uma interpretação. A definição do VDP foi obtida através da utilização da Tabela 5 abaixo:

TABELA 5. Vetor de Descrição do Problema

DESCRITORES DO PROBLEMA	INDICADORES	FONTE
D1.Dificuldade na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa	- N° de profissionais da RMC capacitados no ano / N° total de profissional de VISA da RMC x100 - N° de profissionais da RMC que utilizam critérios de risco nas inspeções / n° profissionais da RMC capacitados em risco sanitário x100	- Relatório anual de gestão - Registros de capacitação (RH / Escola de Saúde Pública)
D2.Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Visa	- N° de metas alcançadas / N° de metas propostas x100 - N° de profissionais da RMC capacitados no ano / N° total de profissional de Visa da RMC x100	- Relatório anual de gestão - PAVS - SISFACTO
D3: Baixo índice de gestores da RMC que executam uma Política de Educação Permanente	- N° gestores capacitados/ n° total de gestores x100 - N° gestores que aplicam políticas/n° gestores capacitados x100	- Escola de Saúde Pública - 2ª Regional de Saúde

### 5.2.2. Identificação dos atores sociais

Nas matrizes abaixo (Tabelas 6 a 8) o grupo avaliou como uma pessoa ou um grupo de pessoas podem transformar uma determinada realidade, considerando cada descritor. O Valor atribui a importância que o ator dá ao problema, o Interesse, a relevância em mudar a realidade e Nota, a relevância que o problema tem para o ator.

TABELA 6. Qualificação dos atores sociais envolvidos no Descritor 1 (Dificuldades na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa)

Ator	Valor	Interesse	Nota
Técnicos em Visa local	A	+	10
Gestores em Visa local	M	+	08
Técnicos em Visa Estadual	M	+	07

TABELA 7. Qualificação dos atores sociais envolvidos no Descritor 2 (Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Visa)

Ator	Valor	Interesse	Nota
Gestor em Visa local	A	+	10
Técnicos em Visa local	A	+	09

Gestores em Visa Regional	M	+	08
Técnicos em Visa Regional	M	+	08

TABELA 8. Qualificação dos atores sociais envolvidos no Descritor 3 (Baixo índice de gestores da RMC que executam uma Política de Educação Permanente em Visa)

<b>Ator</b>	<b>Valor</b>	<b>Interesse</b>	<b>Nota</b>
Gestores em Visa local	A	+	10
Gestor em Visa Regional	A	+	10

No D1, “Dificuldade na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa” (Tabela 6), o grupo identificou como ator mais relevante “Técnicos em Visa local” por estarem mais envolvidos na identificação dos problemas e agravos em seu território.

No D2, “Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Visa” (Tabela 7), o grupo avaliou o ator “Gestor em Visa local” como o mais relevante por serem os responsáveis pela promoção da qualificação do técnico. Quanto mais capacitados, melhor será a elaboração e execução do planejamento.

No D3 “Baixo índice de gestores da RMC que executam uma Política de Educação Permanente em Visa” (Tabela 8), os atores “Gestores em Visa local” e “Gestor em Visa Regional” apresentam maior importância pois são os responsáveis pela implantação e implementação da Política de Educação Permanente nos municípios da RMC.

### 5.2.3. Árvores de problemas

Uma vez definidos os descritores, torna-se necessária uma análise detalhada de cada situação elencada com a finalidade de se atribuir ações que eliminem os fatores geradores do problema.

Para tanto, tomou-se como ferramenta de trabalho a “árvore de problemas”, que é considerada como um diagrama de causa e efeito. Este instrumento possibilita a análise adequada dos problemas existentes proporcionando uma compreensão de suas interrelações causais.

Através da árvore são estabelecidas ligações importantes que transformam a realidade momentaneamente complexa em uma concepção mais simplificada, tornando possível uma ação mais adequada.

Sendo assim, a árvore de problemas possibilita a definição do foco de análise de uma determinada situação, a definição dos principais problemas dessa situação e a análise deles estabelecendo sua relação com a causa.

Com base nesses conceitos, foram elaboradas 3 árvores de problemas relacionadas a cada descritor identificado.

### 5.2.3.1. Árvore 1:

#### D1. Dificuldade na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa

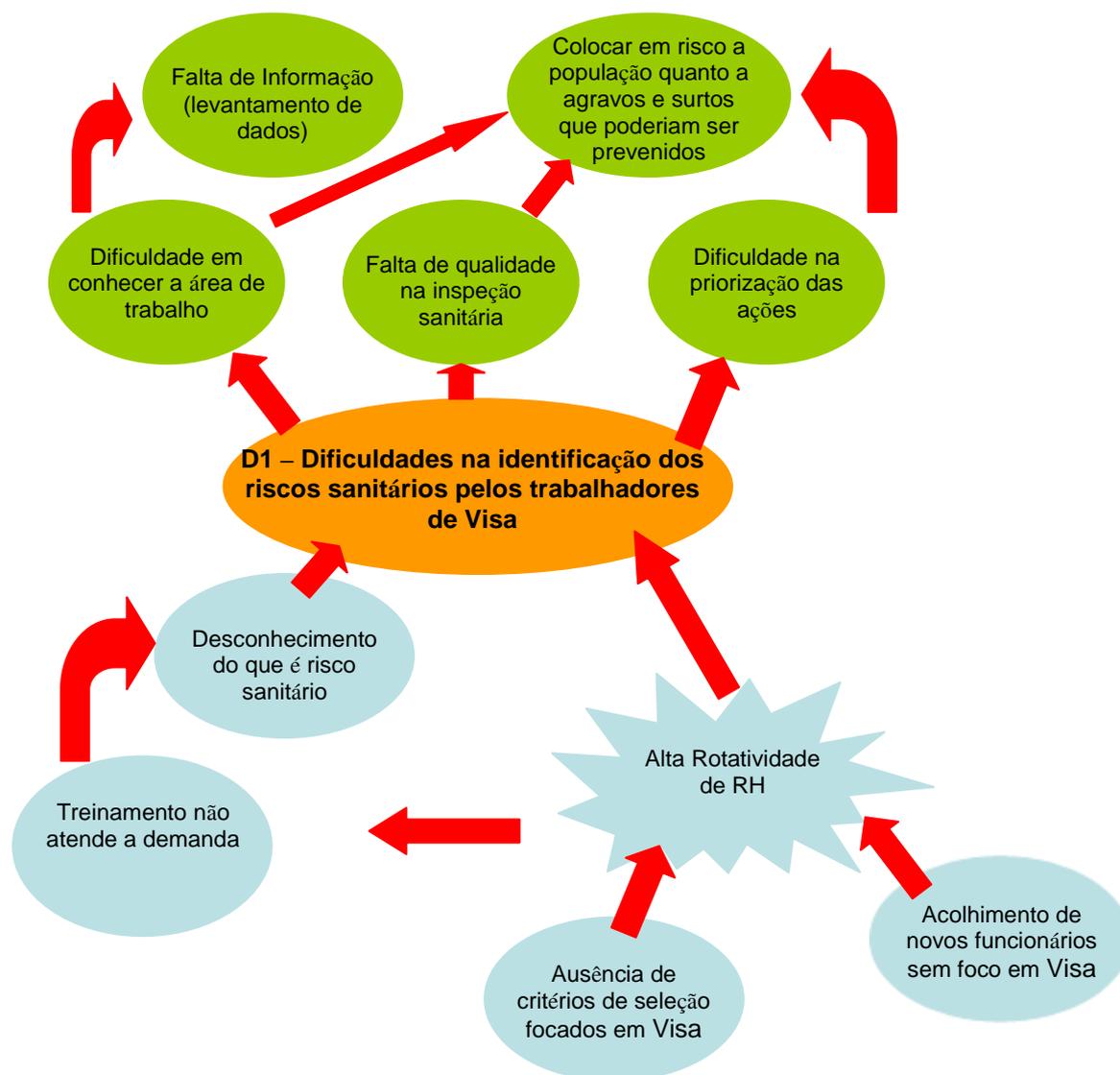


FIGURA 2. Árvore do Problema do Descritor 1

#### **NÓ CRÍTICO 1:** ALTA ROTATIVIDADE DE RH

#### **ATORES ENVOLVIDOS:**

- Prefeito
- Secretário de Saúde
- Gestor em Visa local
- Técnicos em Visa da SESA
- Técnicos em Visa da Regional de Saúde

- Técnicos em Visa local
- Conselho Municipal de saúde

O risco é um tema muito estudado no campo da Saúde Pública e principalmente na área da Vigilância Sanitária. Pode ser entendido como uma ameaça, perigo, possibilidade de perda ou responsabilidade pelo dano. Deste modo, a busca pela promoção e proteção da saúde da população, sempre foi pautada na prevenção de riscos para se evitar a proliferação de doenças e epidemias.

Sendo assim, saber conceituar e identificar risco é um aspecto de suma importância para que se possam desenvolver ações de Vigilância Sanitária de forma organizada, planejada e eficaz. O que percebemos é que no caso da Visa, o conceito de risco é que norteará suas ações. Para tanto, de acordo com nossa árvore de problemas acima descrita, definimos como um nó crítico: *a alta rotatividade de Recursos Humanos*.

Essa rotatividade deve-se fundamentalmente a ausência de critérios de seleção e contratação dos novos funcionários sem que haja uma forma de “acolhimento”, um esclarecimento acerca da finalidade da Visa, seus objetivos e atividades desempenhadas, o que leva este funcionário a uma certa desmotivação e frustração acarretando em desistência por não se enquadrar e não se identificar ao tipo de trabalho desenvolvido.

Em conseqüência disso, as capacitações existentes não atendem a demanda devido a essa alta rotatividade levando o funcionário a um desconhecimento do que é o risco sanitário, e, frente ao campo de trabalho, apresentará dificuldades na identificação desses riscos.

Ao realizar uma análise do contexto, o conhecimento técnico é fundamental e este é representado pelos especialistas e técnicos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que tem como principais atribuições, o desenvolvimento das ações em Vigilância Sanitária e detectar os riscos à que a população está exposta.

De acordo com Veyert (2007), estes especialistas ocupam lugar particular entre os atores, pois contribuem para reduzir o risco uma vez que a *expertise* deve trazer uma informação científica e técnica, capaz de subsidiar as decisões políticas, sem, contudo, ocupar o lugar das mesmas.

Portanto, essa dificuldade na identificação dos riscos resulta em uma falta de qualidade na inspeção sanitária. A priorização das ações também fica prejudicada uma vez que o técnico não tem o foco de suas ações baseadas nos riscos observados. Além disso, haverá também uma dificuldade no conhecimento de sua área de trabalho, no seu mapeamento, na definição das áreas de risco o que leva a obtenção de dados e informações superficiais e irreais.

A falta de comprometimento com o trabalhador no sentido de não oferecer a este as condições necessárias que garanta sua efetivação no setor, e a inoperância das atividades de treinamento e sensibilização do profissional leva a uma conseqüente exposição da população a surtos e agravos os quais poderiam ser totalmente preveníveis contribuindo a uma baixa qualidade de vida e saúde à população em geral.

Por essa razão, é extremamente necessário que seja realizada uma ação direta neste nó crítico selecionado pois assim, teremos um profissional realizado, capacitado, que atua diretamente com enfoque sobre os riscos, pois de acordo com Campos et.al. (2001):

*[...] mensurar os riscos para a saúde da população e identificar os fatores de riscos a ele associado, possibilitando assim que se organize a atenção de acordo com necessidades melhor definida, e orientada para a prevenção de agravos e promoção à saúde, especialmente dirigida aos grupos e indivíduos que mais necessitam de recursos disponíveis. (CAMPOS et. al., 2001, p. 71)*

#### 5.2.3.2. Árvore 2:

## D2. Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em VISA

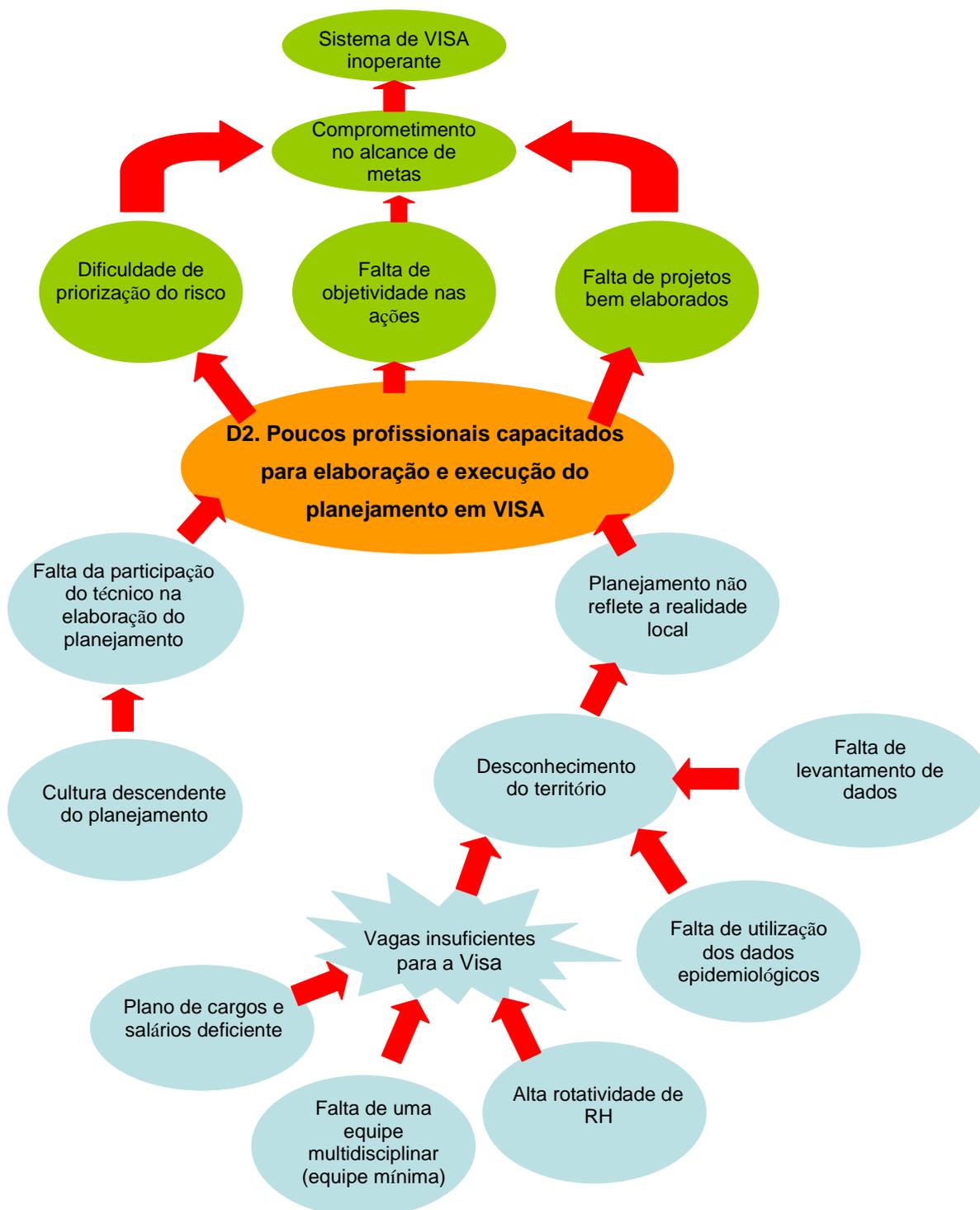


FIGURA 3. Árvore do Problema do Descritor 2

### **NÓ CRÍTICO 2: VAGAS INSUFICIENTES PARA A VISA**

#### **ATORES ENVOLVIDOS:**

- Secretário de Saúde local
- Secretário de Saúde Estadual
- Gestor em VISA da SESA
- Gestor em VISA da Regional de Saúde
- Gestor em VISA local

- Conselho Municipal de saúde

Esta segunda árvore de problemas, que tem como descritor: poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Vigilância Sanitária estão diretamente ligados à primeira, uma vez que entendemos que o planejamento das ações devem estar baseados no risco sanitário.

Percebemos ainda que este descritor deve-se à existência de um número insuficiente de vagas ofertadas especificamente para a Visa.

Após várias discussões realizadas pelo grupo, verificamos alguns fatores que contribuem para a consolidação de tal situação como por exemplo: a existência de um plano de cargos e salários deficientes, ou seja, não concretiza de forma alguma, uma possibilidade real de crescimento, não geram um aumento no incentivo e na satisfação dos colaboradores. Além disso, a ausência de parâmetros para estabelecimento de um número mínimo de funcionários na composição de uma equipe multidisciplinar para atuação em Visa, e a alta rotatividade de RH já mencionadas anteriormente, contribuem de forma significativa para o desconhecimento do território, sendo que não há técnicos suficientes para o levantamento e utilização de dados para a descrição e mapeamento deste.

Através de uma cultura enraizada onde o planejamento tem um aspecto descendente, ou seja, ele é realizado pelos próprios gestores que às vezes acabam por desconhecer realidade local aliado à baixa participação ou quase nula dos técnicos em Visa, pode apresentar como consequência um planejamento que não condiz com a realidade.

Devido a todos esses fatores mencionados, os profissionais técnicos em Visa acabam por não ser tão preparados e capacitados para realizarem uma elaboração de planejamento de qualidade.

Para que sejam alcançados os objetivos da Visa de prevenir, eliminar ou diminuir os riscos os quais causam danos aos indivíduos o planejamento constitui-se como uma ferramenta essencial.

O planejamento delibera o que deve ser feito, os objetivos a serem alcançados, os recursos necessários, prazos e os responsáveis pelas ações. Conforme CHIAVENATO (1985) o planejamento é uma função administrativa que determina antecipadamente o que deve fazer e quais objetivos a serem atingidos.

A existência na Visa de baixo número de profissionais com capacitação em planejamento dificulta a elaboração de um plano de ação, eficaz baseado no risco sanitário e conseqüentemente, apresentando dificuldades na priorização das ações sendo estas pouco objetivas e muitas vezes ineficaz.

Um projeto que não é bem elaborado causa um comprometimento no alcance das metas propostas, levando a Vigilância Sanitária a ser encarada como um sistema inoperante, ficando então desacreditada pela maioria das pessoas.

Sendo assim, é de fundamental importância a capacitação dos profissionais pois o planejamento é um importante instrumento que possibilita o desenvolvimento e, quando bem elaborado, o fortalecimento do sistema de saúde e a modificação da realidade social com a melhora das condições de vida da população,

#### 5.2.3.3. Árvore 3:

**D3: Baixo índice de gestores da RMC que executam uma Política de Educação**

**Permanente em Saúde**



FIGURA 4. Árvore do Problema do Descritor 3

**NÓ CRÍTICO 3: REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES PONTUAIS EM DETRIMENTO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**ATORES ENVOLVIDOS:**

- Prefeito
- Técnicos em Visa da SESA
- Técnicos em Visa da Regional de Saúde
- Gestores em Visa local
- Gestores em Visa regional
- Gestores em Visa estadual
- Gestores em Visa nacional
- Escola de Saúde Pública local
- Escola de Saúde Pública estadual

Considerando a importância da aplicação dos conceitos de Educação Permanente em Saúde para a área da Vigilância Sanitária; e com a divulgação da Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde, verifica-se na prática que existe um baixo número de gestores dos municípios da região metropolitana de Curitiba que executam essa política na Visa.

Uma das causas para essa baixa aplicabilidade, apontada na árvore acima como um nó crítico do problema central, é a realização de capacitações pontuais, em detrimento de um Programa Permanente e mais estruturado. Essa constatação é corroborada por um levantamento da ANVISA (2001), o qual cita que capacitações para os técnicos são realizadas com certa frequência, entretanto, estas ocorrem de forma isolada e sem continuidade, nunca sendo enfrentados de forma organizada. Essas capacitações esporádicas não se configuram como uma política de formação profissional que represente um impacto no nível de proteção sanitária da população.

Para apresentar resultados significativos, a gestão da Educação Permanente em Vigilância Sanitária, exige um planejamento bem elaborado. O que se verifica na realidade é a apresentação de Programas de Educação Permanente somente para a obtenção de recursos financeiros. A falta de monitoramento na implantação de uma Política Nacional de Educação Permanente por uma instância superior também colabora para a baixa aplicabilidade deste por parte dos municípios.

Considerando a importância da qualificação do profissional de Visa, verifica-se que o baixo índice de gestores da RMC que executam a Política Nacional de Educação Permanente compromete a resolutividade das ações em Visa. Isso se dá pelo desconhecimento das leis e planos diretores de Visa por parte dos técnicos, pela falta de objetividade nas ações da Visa, pela postura inadequada dos técnicos durante inspeção, e também pelo desconhecimento de Processos Administrativos.

Desta forma, percebe-se que a eliminação do nó crítico da árvore, ou seja, buscar a capacitação dos profissionais de Visa dentro do contexto da Política Nacional de Educação Permanente, com ênfase na Vigilância, impactará diretamente sobre a qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, sobre a situação de saúde da população.

### 5.3 DESENHO DO PLANO

O próximo passo é a realização do desenho do Plano de Ação que é realizado através do desenho das operações. Seu principal objetivo é analisar o impacto das ações sobre as causas bem como designar os responsáveis pelos projetos, operações estratégicas e acompanhamento da execução de todas as ações definidas.

Através desse plano são definidos também todos os recursos necessários, resultados das operações e estabelecimento de prazos para a execução das mesmas. Este

plano busca a transformação do problema, transformando seus descritores em indicadores desejáveis.

Através de uma análise situacional foram definidas as situações inicial e a desejada. A partir disso deu-se início à elaboração do desenho do plano da seguinte forma:

- Situação inicial: Falta de efetividade e sustentabilidade na aplicação da Política de Educação Permanente em Visa
- Situação desejada: Implantar e implementar Programas de Educação Permanente em Visa de forma sustentável e efetiva nos municípios da RMC

TABELA 9. Vetor de Descrição dos Resultados

Vetor de Descrição do Problema	Vetor de Descrição do Resultado
D1. Dificuldade na identificação dos riscos sanitários pelos trabalhadores de Visa	<p><b>R1</b> – Número de profissionais de Visa capacitados para identificação dos riscos sanitários/total de profissionais de Visa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de agravos (redução ou aumento) relacionados aos riscos sanitários/ano</li> <li>- Número de profissionais capacitados para realizar o mapeamento do território conforme grau de risco sanitário/total de profissionais de Visa</li> </ul>
D2. Poucos profissionais capacitados para elaboração e execução do planejamento em Visa	<p><b>R2</b> – Número de profissionais de Visa capacitados para elaborar planejamento/total de profissionais de Visa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de profissionais habilitados para elaboração e execução das ações para o alcance das metas propostas no planejamento</li> <li>- Metas alcançadas / Metas propostas x100</li> </ul>
D3: Baixo número de gestores da RMC que executam uma Política de Educação Permanente em Visa	<p><b>R3</b> – Número de gestores que executam Programas de Educação Permanente em Visa</p>

Para PINTO (1982) “A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo”.

Analisando a Tabela 9, verifica-se que o profissional capacitado na identificação, na avaliação do número de agravos e no mapeamento do território baseados no risco sanitário é capaz de realizar uma inspeção sanitária com mais qualidade, orientando melhor a

população sobre a prevenção de agravos e surtos. Da mesma forma, a realização e a execução do planejamento de trabalho será melhor estruturada se o profissional priorizar as ações e baseá-las no risco.

Segundo PINTO (1982):

*[...] Cumpre, finalmente, lembrar que um processo educativo como o que se esboça acima supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam, competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social. Portanto, boa vontade só não basta.*

A partir da avaliação da árvore do problema 3 foi possível identificar o nó crítico, um “gargalo” para resolução do problema. Considerando a tabela 10, apenas o nó crítico desta árvore está dentro da capacidade de ação do ator, cujo foco é a realização de um programa de educação permanente em detrimento da realização de capacitações pontuais. A Educação Permanente consiste em uma estratégia interna e externa para o alcance dos objetivos institucionais e profissionais e como processo de resolução.

TABELA 10. Identificação das frentes de ação para o problema dentro das capacidades do ator

<b>I . Governabilidade – Dentro das Capacidades do Ator</b>			
<b>Nó Crítico</b>	<b>Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)</b>	<b>Possibilidade de Ação (alta, média, baixa; qual ação)</b>	<b>Seleção (sim/não)</b>
<b>NC3</b> - Realização de capacitações pontuais em detrimento de um Programa de Educação Permanente	<b>ALTO</b>	<b>ALTA</b> – planejamento e realização de capacitações permanentes voltadas para os técnicos de Visa	<b>SIM</b>

Os nós críticos identificados nas árvores 1 e 2 foram considerados “gargalos” que fogem da governabilidade do ator, portanto essas ações deverão ser realizadas pelas autoridades de cada ambiente de trabalho.

TABELA 11. Identificação das frentes de ação para o problema fora das capacidades do ator

<b>II . Governabilidade – Fora das Capacidades do Ator</b>			
<b>Nó Crítico</b>	<b>Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)</b>	<b>Possibilidade de Ação (Quem pode e o que pode fazer)</b>	<b>Seleção (sim/não)</b>
<b>NC 1</b> – Alta	<b>ALTO</b>	Secretários de saúde municipais e	<b>SIM</b>

Rotatividade de RH		estaduais, prefeitos e governadores;  Realização de concursos públicos e plano de cargos e carreiras, contemplando a questão salarial;	
<b>NC2-</b> Vagas insuficientes para a Visa	<b>ALTO</b>	Secretários de saúde municipais e estaduais, prefeitos e governadores;  Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas;	<b>SIM</b>

Para a viabilização do projeto realizamos a matriz representada na tabela 12, onde se destacam as operações e atividades que fazem parte da governabilidade do ator. A capacitação voltada ao profissional de Visa deve ser a operação principal do Programa de Educação Permanente. Um ponto importante nesta matriz é a sensibilização dos gestores no sentido de se apropriarem sobre a necessidade e a importância da implementação e execução de um programa de educação permanente. Esse programa tem como finalidade, diminuir as capacitações pontuais a partir de um planejamento anual de treinamentos seguindo uma lógica de aprendizagem ativa, e acolhendo os profissionais que estão ingressando na área e contribuindo para a formação de um profissional detentor de senso crítico, atuante e transformador da realidade.

TABELA 12. Desenho das Operações/ Sob a governabilidade do ator

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operações e atividades</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoio</b>	<b>Prazo</b>
<b>NC3 -</b> Realização de capacitações pontuais em detrimento de um Programa de Educação Permanente	<b>OP 3</b> – Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no Programa de Educação Permanente.  <b>A1</b> – Capacitar os profissionais para identificar os RS.  <b>A2</b> – Capacitar os profissionais para realizar o planejamento baseado nos RS.  <b>A3</b> – Capacitar os profissionais de Visa em Processo Administrativos.  <b>A4</b> – Sensibilizar os gestores para a importância da execução do Programa de Educação Permanente.  <b>A5</b> – Implantar e implementar um	Sesa - Nível Central, 2ª Regional de Saúde e Municípios	- Escola de Saúde Pública  - Vigilância Sanitária Estadual  - Secretaria Municipal de Saúde	12 meses

	Programa de Acolhimento de novos profissionais de Visa, através de um plano de capacitação			
--	--	--	--	--

Na tabela 13 identificam-se as demandas cuja resolutividade é de competência de outros atores como, por exemplo, políticos, gestores e prefeito. Com intuito de impedir a alta rotatividade de RH na Visa é importante que estes gestores dêem importância ao plano de cargos e salários e a regulamentação de uma equipe mínima contemplando os profissionais de diversas áreas.

TABELA 13. Identificação das demandas frente a outros atores

<b>Nó Crítico</b>	<b>Demanda</b>	<b>Responsável</b>	<b>Apoio</b>	<b>Prazo</b>
	<b>OP1</b>			
<b>NC 1 – Alta Rotatividade de RH</b>	<p><b>O QUE</b> - Plano de cargos e carreiras, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com perfil em Visa</p> <p><b>QUEM</b> - Secretários de saúde municipais e estaduais, prefeitos e governadores</p>	Estado e Município	- Políticos - Gestores	2 anos
	<b>OP2</b>			
<b>NC2- Vagas insuficientes para a Visa</b>	<p><b>O QUE</b> – Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos;</p> <p><b>QUEM</b> - Secretários de saúde municipais e estaduais, prefeitos e governadores</p>	Estado e Município	- Políticos - Gestores	2 anos

Segundo QUINTANA, *et al.*, (1999) “a desvalorização do salário, em um contexto de maior importância da classe assalariada, ainda entre as profissões liberais, as condições e o meio ambiente de trabalho em deterioração, as propostas de flexibilidade/instabilidade no trabalho, etc., têm obrigado que esses atores tenham maior presença e façam maior pressão. Sem dúvida, é interessante constatar que, em sua maioria, as reivindicações do pessoal ao mesmo tempo em que pressionam em busca de melhores condições de trabalho, tendem a preservar a rigidez da atual ordem laboral e da estratificação dos serviços. Com frequência entram em contradição os interesses dos trabalhadores, dos dirigentes dos serviços e dos usuários”.

A tabela 14 acima analisa as operações e estabelece as relações existentes entre os recursos necessários, produtos e resultados obtidos através da avaliação da eficiência e eficácia de cada uma dessas operações. Dentre os nós críticos apontados pelo grupo, todas as atividades exigem recursos econômicos, organizacionais e políticos. Pudemos perceber também que no campo de produtos, todas as sugestões referidas giram em torno de recursos humanos suficientes e capacitados, plano de educação permanente, acolhimento do profissional, etc., e a partir disso, temos como resultado a redução da rotatividade de profissionais, recursos humanos capacitados, detentores do conhecimento, executando ações de qualidade e agilizando o processo de trabalho. Observamos ainda que todas as operações contempladas na matriz apresentaram alta eficiência e eficácia demonstrando que tais atividades são fundamentais e extremamente relevantes para a realização dos processos de trabalho em Visa.

TABELA 14. Avaliação das Operações

<b>I . Não exigem Recursos Econômicos</b>					
<b>Operação</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência (alta, média, baixa)</b>	<b>Eficácia (alta, média, baixa)</b>
<b>II . Exigem Recursos Econômicos</b>					
<b>Operação</b>	<b>Recursos (organização, conhecimento, poder)</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultado</b>	<b>Eficiência (alta, média, baixa)</b>	<b>Eficácia (alta, média, baixa)</b>
<b>OP1</b> - Plano de cargos e carreiras, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com experiência e perfil em Visa	Econômico, organizacional, de conhecimento e político	Plano de cargos e carreiras para profissionais de Visa;  Seleção de profissionais com perfil de Visa	Diminuição da rotatividade de funcionários; Profissionais com conhecimento vasto em Visa, agilizando assim a o processo de trabalho.	Alta	Alta
<b>OP2</b> - Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos;	Econômico, organizacional, de conhecimento e político	Realização de concurso público e contratação de profissionais selecionados  Criação de legislação que regulamente a equipe mínima de Visa	Existência de equipe mínima nas Visas para suprir demanda de trabalho;  Contratação de novos profissionais;	Alta	Alta

<p><b>OP3</b> - Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no Programa de Educação Permanente.</p>	<p>Econômico, organizacional, de conhecimento e político</p>	<p>Realização de um Programa de Acolhimento dos novos profissionais de Visa, através de um plano de capacitação</p> <p>Capacitações de profissionais de Visa voltada à identificação do risco sanitário, processo administrativo, planejamento e outros temas de importância para a Visa;</p> <p>Realização de reuniões técnicas para sensibilizar os gestores para a importância da execução do Programa de Educação Permanente</p>	<p>Profissionais capacitados para realizar inspeção sanitária adequada;</p> <p>Profissionais capacitados para elaborar e executar planejamento de ações baseadas no risco;</p> <p>Gestores Sensibilizados quanto à importância do Programa de Educação Permanente;</p>	<p>Alta</p>	<p>Alta</p>
--	--	--	--	-------------	-------------

Esta matriz de orçamento (tabela 15) tem por objetivo realizar uma estimativa dos valores necessários para a realização de cada uma das operações acima apontadas. Tais recursos podem ser mensais ou anuais dependendo da periodicidade de sua execução.

Observa-se que fica fácil estimar o valor e a fonte de financiamento das ações onde os atores têm governabilidade, pois fazem parte da realidade dos gestores de vigilância. Já as operações 1 e 2 que são de governabilidade de outros atores (governadores e prefeitos), o prazo para a realização, o valor e a fonte de financiamento são mais difíceis de serem estimados, pois não existe uma vivência de atuação sobre essas ações.

TABELA 15. Orçamento das Operações que exigem recursos econômicos

Operações		Especificação da Despesa		Custo (R\$)		Fonte de Financiamento
		Quantidade	Custo Unitário	Mensal	Anual	
OP3 - Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no	A1	1 vez ao ano	R\$15.000,00	-	R\$15.000,00	Visa
	A2	1 vez ao ano	R\$15.000,00	-	R\$15.000,00	

Programa de Educação Permanente.	A3	1 vez ao ano	R\$15.000,00	-	R\$15.000,00	
	A4	A cada reunião da CIB	R\$0,00	-	R\$0,00	
	A5	1 vez ao ano	R\$ 50.000,00	-	R\$ 50.000,00	
<b>OP1</b> - Plano de cargos e carreiras, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com experiência e perfil em Visa		1 vez a cada três anos	-	-	-	Governos estadual e municipal
<b>OP2</b> - Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos;		1 vez a cada quatro anos	R\$100.000,00	-	-	Governos estadual e municipal

#### 5.4 CONSTRUÇÃO DE CENÁRIO, VIABILIDADE E GESTÃO DO PLANO

Com a finalidade de definir estratégias para o tratamento dos problemas e da viabilidade das ações planejadas, o grupo realizou a elaboração de cenários e a definição de estratégias.

Para isso, primeiramente foram designadas diversas variáveis, e posteriormente, realizada uma análise de um possível comportamento futuro de cada uma das variáveis elencadas.

A partir disso, foram consideradas três possibilidades de cenários: teto, centro e piso. O cenário de teto corresponde ao que se espera de melhor, já o cenário de centro corresponde ao que parece ser mais provável no momento e o cenário de piso corresponde à pior situação esperada.

Sendo assim, o cenário construído referente a esse projeto aplicativo teve a seguinte apresentação (Tabela 16):

TABELA 16. Possíveis cenários na aplicação do Projeto

VARIÁVEIS (Fora do controle do ator principal)	CENARIOS		
	TETO	CENTRO	PISO
Econômico: liberação de recursos financeiros (implantação do Plano de	Liberação de recursos financeiros para implantação de 100%	Liberação parcial de recursos financeiros, que contempla apenas	Não aprovação do projeto, com consequente não

cargos e carreira, concursos, capacitações)	do PA	parte do PA	liberação dos recursos financeiros
Político: eleições municipais (2012) e estaduais (2014)	Aprovação, implantação e implementação do PA nas duas esferas de governo	Aprovação, implantação e/ou implementação parcial, em apenas uma das esferas de governo	Não aprovação ou não implantação do PA em nenhuma esfera de governo
Cultural: falta de crença de que o PA possa promover a mudança da realidade	Receptividade e adesão às propostas de mudança de realidade	Receptivo, porém não coloca em sua prática as propostas de mudança	Manutenção de seu estado de conforto (indiferença)

Em continuidade ao estudo da viabilidade do projeto, observamos que a possibilidade de aprovação e aplicação está baseada na avaliação existente entre os recursos necessários e os realmente disponíveis.

Para se realizar esta análise é necessário levar em consideração as dimensões políticas, econômicas e organizativas sob dois aspectos principais sendo eles o poder de decisão e de organização.

Na tabela 17, buscamos realizar a análise da viabilidade a partir do interesse e valor dos atores envolvidos frente a cada ação e operação do plano.

O interesse foi registrado através da atribuição de sinais (+) sendo este a favor, (-) contra e (0) indiferente. Já o valor seria relativo à importância que o ator social dá ao projeto podendo ser alto (A), médio (M) ou baixo (B).

Tivemos como resultado a seguinte planilha:

TABELA 17. Análise de viabilidade considerando os atores sociais

CONJUNTO DOS ATORES SOCIAIS	OP1 - Plano de cargos e carreiras em saúde, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com experiência e perfil em Visa		OP2 - Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos;		OP3 - Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no Programa de Educação Permanente.	
	Interesse	Valor	Interesse	Valor	Interesse	Valor
- Secretário de Saúde Estadual	+	M	+	M	+	A
- Secretário de Saúde Municipal	+	M	+	M	+	A
- Secretaria Estadual de Administração	0	B	0	B	0	M
- Secretaria Municipal de Administração	0	B	0	B	0	M

- Câmara dos vereadores	0	B	0	B	0	B
- Governador	0	B	0	B	0	A
- Prefeitos	0	B	0	B	0	M
- Assembleia Legislativa	0	B	0	B	0	B
- Gestor de Visa estadual	+	A	+	A	+	A
- Gestor de Visa municipal	+	A	+	A	+	A
- Diretor 2RSM	+	A	+	A	+	A
- Escola de Saúde Pública	+	M	+	M	+	A
- CIB	0	B	0	M	0	M
- CIES	0	B	0	B	+	A

A segunda parte da análise da viabilidade do plano, foi baseada no grau de controle sobre os recursos necessários à implementação das operações e ações.

Os recursos podem ser econômicos, de conhecimento, organizacional e poder/político, sendo considerados como críticos, ou seja, essenciais à execução de um projeto. A partir disso, foi aplicada a matriz abaixo a cada uma das operações definidas neste projeto (tabelas 18, 19 e 20):

TABELA 18. Análise da viabilidade considerando os atores sociais frente às variáveis para a Operação 1 - Plano de cargos e carreiras em saúde, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com experiência e perfil em Visa

ATORES SOCIAIS	ECONÔMICO	PODER	CONHECIMENTO	CAPACIDADE ORGANIZATIVA
- Secretário de Saúde Estadual	M	M	A	A
- Secretário de Saúde Municipal	B	M	M	M
- Secretaria Estadual de Administração	M	A	A	A
- Secretaria Municipal de Administração	M	A	A	A
- Câmara dos Vereadores	B	A	M	M
- Governador	M	A	M	M
- Prefeitos	M	A	M	M
- Assembléia Legislativa	B	A	M	M

- Gestor de Visa estadual	B	B	A	A
- Gestor de Visa municipal	B	B	A	A
- Diretor 2RSM	B	M	A	A
- Escola de Saúde Pública	B	M	A	A
- CIB	M	A	M	M
- CIES	B	M	B	M

TABELA 19. Análise da viabilidade considerando os atores sociais frente às variáveis para a Operação 2 - Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos;

ATORES SOCIAIS	ECONÔMICO	PODER	CONHECIMENTO	CAPACIDADE ORGANIZATIVA
- Secretário de Saúde Estadual	M	M	A	A
- Secretário de Saúde Municipal	M	M	A	A
- Secretaria Estadual de Administração	M	A	A	A
- Secretaria Municipal de Administração	M	A	A	A
- Câmara dos Vereadores	B	A	M	M
- Governador	A	A	A	A
- Prefeitos	A	A	A	A
- Assembleia Legislativa	B	A	M	M
- Gestor de Visa estadual	B	M	A	A
- Gestor de Visa municipal	B	M	A	A
- Diretor 2RSM	B	M	A	A
- Escola de Saúde Pública	B	M	A	A
- CIB	M	A	A	A
- CIES	B	B	M	M

TABELA 20. Análise da viabilidade considerando os atores sociais frente às variáveis para a Operação - Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no Programa de Educação Permanente.

ATORES SOCIAIS	ECONÔMICO	PODER	CONHECIMENTO	CAPACIDADE ORGANIZATIVA
- Secretário de Saúde Estadual	A	A	A	A
- Secretário de Saúde Municipal	A	A	A	A
- Secretaria Estadual de Administração	B	B	B	B
- Secretaria Municipal de Administração	B	B	B	B
- Câmara dos Vereadores	B	B	B	B
- Governador	A	A	M	A
- Prefeitos	A	A	M	A
- Assembleia Legislativa	B	B	B	B
- Gestor de Visa estadual	M	A	A	A
- Gestor de Visa municipal	M	A	A	A
- Diretor 2RSM	M	A	A	A
- Escola de Saúde Pública	A	A	A	A
- CIB	A	A	A	A
- CIES	A	A	A	A

Quando se está diante de uma situação ou de um problema qualquer, existem diversos atores sociais com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação ou problema. Essas diferenças colocam a possibilidade de existir conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se raciocine estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados. Quando não é possível obter um resultado favorável, é necessário estabelecer uma estratégia ou uma sequência de ações de tal modo que os efeitos colaterais negativos resultantes dessa situação sejam compensados pelos efeitos colaterais positivos. Quando essa compensação é feita com sucesso, o ator acumula recursos, de modo a tornar viável as ações que inicialmente eram inevitáveis.

De acordo com Matus (1996) a necessidade da estratégia vem da impossibilidade de prever ou antecipar o cálculo e as ações de qualquer outro ator, na busca por melhores posições dentro do jogo. Para lidar com esta impossibilidade, o ator precisa “desenvolver alternativas ou ações potenciais que direcionem e possibilitem o redirecionamento constante dos objetivos e dos caminhos da organização”.

Na tabela 21 buscou-se levantar, dentro de cada operação, os principais conflitos possíveis fora da governabilidade dos autores, e considerando o pior cenário imaginável. Os principais conflitos levantados foram financeiros (não liberação de recursos pelos gestores para aplicação do projeto em si), de ordem política (descontinuidade do projeto na troca de gestão), cultural e de conhecimento (resistência ou não adesão dos gestores ao projeto, não liberação dos técnicos pelos gestores em Visa).

No enfrentamento desses conflitos, buscando facilitar o desenvolvimento de cada ação do plano, foram definidas ações estratégicas de persuasão e de negociação cooperativa, de modo a evitar a confrontação direta e o conflito aberto pelo alto desgaste que isso pode trazer. Essas ações enfatizam a sensibilização dos gestores estaduais e municipais, através da apresentação do projeto na CIB, e ações que permitam um planejamento prévio e uma reorganização do processo de trabalho por parte dos técnicos em Visa para que estes possam participar das capacitações sem que haja o comprometimento do seu meio.

TABELA 21. Operações estratégicas

Operação	Ações	Responsável	Apoio	Recursos necessários	Valor	Período de execução	Conflitos possíveis
<b>OP 3</b> – Realizar o planejamento de capacitações voltadas para os profissionais de Visa, com base no Programa de Educação Permanente.	<b>A1</b> – Capacitar os profissionais para identificar os Riscos Sanitários.	- Sesa (Nível Central, 2RSM) - Municípios	- Escola de Saúde Pública Estadual e Municipal - Vigilância Sanitária Estadual - Secretaria Municipal de Saúde	- Econômico - organizacional - de conhecimento - político	R\$ 15.000,00	1 vez ao ano	- Liberação do servidor para participação no curso - Distribuição das responsabilidades entre os envolvidos (recursos financeiros e organizacionais) - Multiplicação e aplicabilidade do conhecimento recebido
	<b>A2</b> – Capacitar os profissionais para realizar o planejamento baseado nos RS.				R\$ 15.000,00	1 vez ao ano	
	<b>A3</b> – Capacitar os profissionais de Visa em Processo Administrativos				R\$ 15.000,00	1 vez ao ano	
	<b>A4</b> – Sensibilizar os gestores para a importância da execução do Programa de Educação Permanente.	- Autores do Projeto - SESA (2RS, Visa) - Gestor Municipal	- CIES - Escola de Saúde Pública - CIB	- político - de conhecimento - cultural	R\$ 0,00	A cada reunião da CIB	- Falta de adesão ao Projeto - Descontinuidade do projeto na troca de gestão
	<b>A5</b> – Realizar um Programa de Acolhimento de novos profissionais de Visa, através de um plano de capacitação	- Sesa (Nível Central, 2RSM) - Municípios	- Escola de Saúde Pública Estadual e Municipal - Vigilância Sanitária Estadual - Secretaria Municipal de Saúde	- Econômico - organizacional - de conhecimento	R\$ 50.000,00	1 vez ao ano	- Resistência do gestor municipal
<b>OP1</b> - Plano de cargos e carreiras, contemplando a questão salarial; seleção de profissionais com perfil em Visa	A1 - Proposta de Plano de Cargos e Carreiras em Saúde	- Secretario de Saúde estadual e municipal - Prefeitos - Governador - Secretaria de Administração	- Recursos humanos - Escola de Saúde Pública - CIES - Câmara de vereadores	- Econômico - organizacional - político	Conforme especificidade municipal	1 vez ao ano	- Não aprovação do Plano, com consequente não liberação dos recursos financeiros - Não liberação para realização do Concurso Público, falta de verba para manutenção dos profissionais
	A2 - Seleção de profissionais com conhecimento e perfil em Visa						
<b>OP2</b> - Regulamentação de uma equipe mínima, contemplando número mínimo de profissionais de diversas áreas; Realização de concursos públicos	A1 - Normatizar uma equipe mínima conforme complexidade do território, IDH do município, índice populacional, número de estabelecimentos sob competência da Visa	- Gestores estaduais e municipais de saúde - gestores estaduais e municipais de Visa	- CIB - equipe técnica de Visa	- Econômico - organizacional - político	Conforme especificidade municipal	A cada 2 anos	Discordância dos gestores com relação à normatização

TABELA 21. Operações estratégicas (cont.)

Tipo de estratégia	Operações estratégicas	Ações	Responsáveis	Parceiros	Valor	Recursos necessários	Período de execução
Negociação cooperativa	Redistribuição das atividades entre os servidores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer um Sistema de rodízio para participação nos treinamentos</li> <li>- As atividades pendentes do funcionário deverão ser redistribuídas pelo próprio funcionário</li> <li>- Distribuição dos cursos de forma a não mobilizar todos os funcionários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestores locais</li> <li>- Gestor Estadual de Visa</li> <li>- 2RSM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escola de Saúde Pública</li> </ul>	R\$ 0,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacional</li> <li>- Cultural</li> </ul>	30 dias após o início do plano
	Divulgação do curso com antecedência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar Plano Anual de Capacitação, com cronograma, e divulgá-lo nos municípios</li> <li>- Confirmar o evento com, no mínimo, 10 a 30 dias de antecedência</li> </ul>	Gestores locais Gestor Estadual de Visa e 2RSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escola de Saúde Pública</li> <li>- Comunicação social</li> </ul>	R\$ 0,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacional</li> <li>- Cultural</li> </ul>	30 dias após o início do plano
Sensibilização contínua dos gestores estaduais junto aos gestores municipais	Apresentação do Projeto em CIB	Termo de Compromisso pactuado em CIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestor de Visa Estadual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestor de Visa municipal</li> <li>- Escola de Saúde Pública</li> <li>- CIES</li> </ul>	R\$ 0,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacional</li> <li>- Cultural</li> <li>- político</li> </ul>	30 dias após o início do plano
Sensibilização contínua dos gestores estaduais junto aos gestores municipais	Apresentação do Projeto em CIB	Termo de Compromisso pactuado em CIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestor de VISA Estadual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestor de Visa</li> <li>- Escola de Saúde Pública</li> <li>- CIES</li> </ul>	R\$ 0,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacional</li> <li>- Cultural</li> <li>- político</li> </ul>	30 dias após o início do plano, a cada capacitação
Sensibilização dos gestores em saúde estaduais e municipais	Prever no Plano Estadual de Saúde a contemplação do Plano de Cargos e Salário e do Concurso Público	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever e/ou elaborar os Planos Municipais de Cargos e Salários</li> <li>- Promover a realização de concurso público conforme a necessidade de cada município</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretaria de Administração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sindicatos</li> <li>- Conselhos de Classe</li> </ul>	Conforme especificidade municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacional</li> <li>- político</li> <li>- econômico</li> </ul>	2 anos
Sensibilização dos gestores em saúde estaduais e municipais	Prever no Plano Estadual de Saúde a normatização da equipe mínima	Rever o Plano Estadual de Saúde, incluindo a normatização de equipe mínima	Técnicos e Gestores Estaduais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Municípios</li> <li>- CIB</li> <li>- Conselhos de Saúde</li> </ul>	Conforme especificidade municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacional</li> <li>- político</li> <li>- econômico</li> </ul>	2 anos

## 6. CONCLUSÃO

O advento do desenvolvimento tecnológico observado nos últimos anos teve como consequência o significativo aumento dos riscos sanitários à população. De acordo com Ceccim (2005), além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços, o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores.

Com a finalidade de enfrentar estes desafios e fortalecer os serviços de saúde em vigilância sanitária é necessário que haja o aperfeiçoamento da organização dos serviços bem como a reorganização das práticas de saúde através do investimento na capacitação dos profissionais técnicos e gestores buscando a garantia da proteção da saúde dos indivíduos.

De acordo com Siqueira (2001, apud Garibotti et al 2006), o que se observa é que a formação dos profissionais de vigilância se dá num processo, muitas vezes, empírico, descontínuo e assistemático e, não raramente, sem comprometimento com o conhecimento técnico e eficácia da ação. A formação dos profissionais segundo Costa (2001), defronta-se com um conjunto de limitações que advém do tradicional isolamento institucional da vigilância sanitária no contexto da saúde e até do desconhecimento da função da vigilância sanitária como ação de saúde.

Nesse sentido e de acordo com as discussões realizadas na elaboração do Projeto Aplicativo baseado nas experiências dos profissionais integrante do Grupo Afinidade, o cenário atual das Vigilâncias Sanitárias Municipais da 2ª RSM é de técnicos que recebem capacitações específicas com objetivos de atender demandas e resolver os problemas que estão em evidencia. Hoje não há um protocolo para as ações de Visa, cada município realiza suas inspeções e demais atividades com critérios diferenciados. Além disso, constata-se uma alta rotatividade de técnicos da Visa e a falta de uma equipe mínima para que estas capacitações possam ser feitas sem comprometer o funcionamento das Visas municipais e também para que sejam aplicadas as ações aprendidas nos treinamentos.

Diante deste contexto, este Projeto Aplicativo se apresenta como uma alternativa para a transformação da Visa através do planejamento de capacitações permanentes. Entre elas, a atenção aos profissionais recém-admitidos dos municípios da 2ª RSM para que recebam acolhimento com foco na ética e postura, saibam agir de forma proativa diante dos problemas ou doenças e que sigam minimamente um padrão no atendimento nas ações de Visa.

Além disso, constata-se que os Municípios pertencentes à 2ª Regional de Saúde Metropolitana apresentam uma baixa integração de seus processos de capacitação e

desenvolvimento de profissionais articulados à Política de Educação Permanente em Saúde. Assim sendo, algumas sugestões são apresentadas aos municípios:

- incorporar no planejamento em Visa, diferentes áreas técnicas articuladas às ações educativas, valorizando a participação do controle social à Política de Educação Permanente em Saúde;

- capacitar facilitadores e instituir Núcleos de Educação Permanente em Saúde nos serviços de referências, com vistas a permitir maior capilaridade e promover o fortalecimento, dinamicidade e descentralização da Política Educação Permanente em Visa.

- promover a capacidade técnica e gerencial do profissional de Visa local a partir de uma Política de Educação Permanente em Saúde. Esta ação pode ser realizada através de reuniões internas com as equipes para a definição do papel do gestor, realização de oficinas para discussão sobre planos de educação permanente, definição das responsabilidades da educação em saúde contempladas nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal.

- estabelecer parcerias e interação com diversos setores e especialidades, a fim de buscar maior integração entre todos os atores sociais que de alguma forma estabelecem interface com a área de saúde e que venha a contribuir para a melhoria da qualidade na qualificação de profissionais e conseqüentemente, na prestação dos serviços de saúde.

- contemplar nos planejamentos de Visa, as Políticas de Educação Permanente em Visa, considerando as realidades locais e das prementes necessidades da população e, legitimar a 2ª RSM como articulador neste processo.

- estabelecer um cronograma físico-orçamentário para operacionalização das ações de educação permanente, bem como a implantação de um sistema de informação e de um instrumento de avaliação o qual realizará o monitoramento e avaliação propriamente dita das ações de Educação Permanente em Visa.

- Articular com a Escola de Saúde do Estado e dos municípios, universidades e organizações afins aplicação conjunta de uma política de educação permanente em Visa.

Por último, entende-se que a concretização de mudanças tão abrangentes e necessárias na prática da Visa é objeto deste Projeto Aplicativo que pretende ser inovador no campo político-pedagógico e participativo para os municípios da 2ª Regional de Saúde Metropolitana, em que a Educação Permanente, se apresenta como uma das ferramentas capaz de gerar novas atitudes e comportamentos que visem o bem-estar do profissional de Visa e conseqüentemente da população.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Diretoria: Maria Cecília Martins Brito. Núcleo da Educação, Pesquisa e Conhecimento. Unidade de Gestão da Educação. 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Org.). **Diretrizes para a gestão da educação em vigilância sanitária na política de educação permanente do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 2011. 10 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório Final**. Brasília: ANVISA, 2001. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf\\_nac\\_vig\\_sanit\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf) Acesso em 21 de abril de 2012.

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1419-81452011870300025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1419-81452011870300025&script=sci_arttext) Acesso em 18 de abril de 2012.

BASTOS, A.A. **Vigilância sanitária em farmácias de Salvador**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006. Disponível em [http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde\\_arquivos/8/TDE-2006-09-15T081035Z-294/Publico/Elementos%20pre-textuais.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2006-09-15T081035Z-294/Publico/Elementos%20pre-textuais.pdf) Acesso em 20 de abril de 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes para a Gestão da Educação em Vigilância Sanitária na Política de Educação Permanente do SUS. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde. **Mudanças na formação de graduação**. Profissionalização e escolarização. Brasília (DF): 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. ANVISA, 2007

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. Departamento Com. Ciências Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Potencialidades da educação permanente de Gestão da Educação na Saúde**. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para

a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004

CAMPOS et.al. **Vigilância Sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, 129p. (Cadernos de Saúde 4).

CECCIM, R. B.; apud MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, S. K.; **Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):605-10. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>. Acesso em 20 de abril/2012. 14:hrs.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde**: desafio ambicioso e necessário. Comunic, Saúde, Educ. v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria geral da administração**. São Paulo. Mcgraw-Hill do Brasil, 1985.

COPRH/ANVISA (Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária) e CECOISA NESCON/UFMG (Centro Colaborador em Visa do Núcleo de Saúde Coletiva da UFMG). **Contribuições da ANVISA para as discussões da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**, 2006. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf\\_nac\\_vig\\_sanit\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf) Acesso em 21 de abril de 2012.

COSTA, E.; SOUTO, A.C. Formação de Recursos Humanos para a Saúde. **Divulgação Saúde em Debate**, Rio de Janeiro n 25 p 91-107 novembro de 2001.

CUNHA, M. I. O currículo do ensino superior e a construção do conhecimento. **Revista Iglu**, n.3, p.9-18, 1992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-328931997047200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328931997047200004).

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente: sinônimos ou diferentes concepções? Revista APS, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003

FEKETE, C. **A questão dos recursos humanos na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. 10p. 2001. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2\\_texto08.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto08.pdf) Acesso em 20 de abril de 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998. 165p

LEAL, C.O.B.S.; TEIXEIRA, C.F. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador (Bahia, Brasil). **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30,

p.167-79, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a14.pdf> . Acesso em 10 de janeiro de 2012.

LEITE, M. J. V. de F.; OLIVEIRA, A. G. R. da C. **Recursos Humanos em Vigilância Sanitária: Uma discussão sobre Perfil Profissional**. Holos, Ano 24, Vol. 1. Disponível em <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/116/135> . Acesso em 10 de janeiro de 2012.

LOPES, S. R. S; PIOVESAN, É. T. DE A.; MELO, L. DE O.; PEREIRA, M. F. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde**. Com. Ciências Saúde. 2007.

LLORÉNS, J. A. Educación Permanente en salud. Possibilidades y limitaciones. Revista Educación médica y salud, v.20, n.4, 1986.

LUCHESE, G. **O desafio de conceber e estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**: texto didático. [s.n.t.], 2006. apud LEAL, C.O.B.S.; TEIXEIRA, C.F. **Análise da situação da vigilância sanitária em Salvador (Bahia, Brasil)**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.30, p.167-79, jul./set. 2009.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, S. K.; **Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):605-10.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC; 2007/2008

MATUS, Carlos. Política, planificação e governo. Brasília: IPEA, 1996. 2v. Disponível em <http://www.ifrn.edu.br/ljj/index.php/article/view447/116/135> . Acesso em 10 de janeiro de 2012.

NASCIMENTO, A. Caderno de Debates da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Out/Nov, 2001

NUNES, T.C.M. Educação Continuada: Uma proposta para a Área de Epidemiologia no SUS. Informe Epidemiológico do SUS. CENEPI/MS/Brasília. Março/ Abril. 1993

PINTO, A. V. *Sete lições sobre educação de adultos*. São Paulo, Cortez, 1982. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000100006&script=sci_arttext)

QUINTANA, P. B.; ROSHKE, M.A.C.; RIBEIRO, E. C. O.; **Educação permanente no processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. . São Paulo: Cortez, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-328377149000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328377149000200012).

REIS, JN. A motivação humana no trabalho administrativo do Enfermeiro na realidade hospitalar: aspectos teóricos.[dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/icse/9\(4\):7-12n30/v13n30a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/9(4):7-12n30/v13n30a14.pdf)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Org.). **Plano de educação permanente em saúde do Estado do Paraná**. Paraná, 2010. 33 p

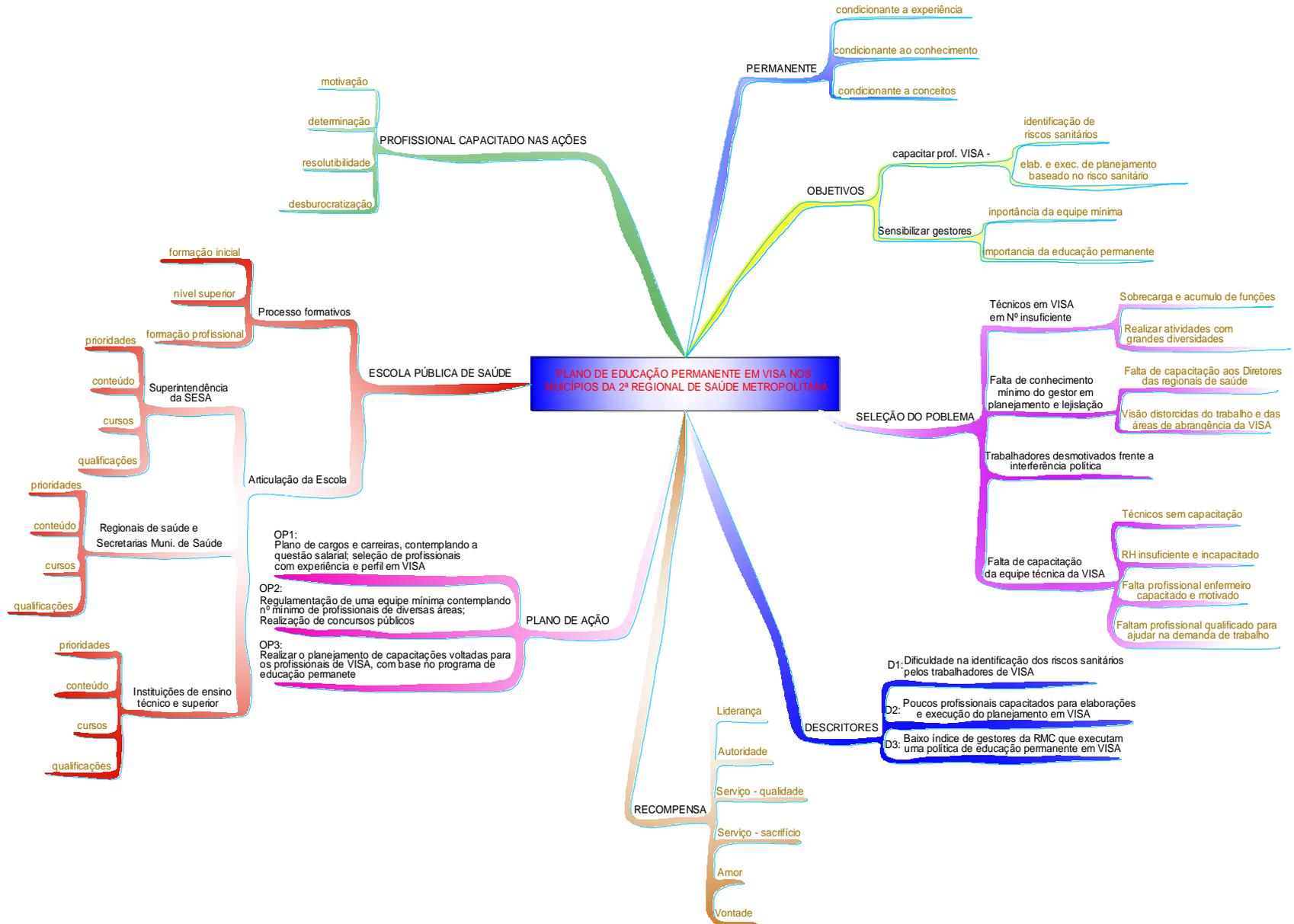
SILVA, M. J. P. et al. Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989

SIQUEIRA, J.C.M. Gestão em vigilância sanitária. In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM, organizadores. Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 53-62 *apud* GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E.A.; SELLI, L. **A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, 22(5), p. 1043-1051, maio 2006

SOBRINHO, J. D. Universidade: Processos de socialização e processos pedagógicos. In: BALZAN, N., SOBRINHO, J. D. **Avaliação institucional: teoria e experiências**. São Paulo: Cortez, 1995. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1584-32831996000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1584-32831996000200004)

VEYRET, Y. **Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente** (organizadora); Tradutor Dílson Ferreira da Cruz - São Paulo: Contexto, 2007.

# APÊNDICE A – MAPA MENTAL DO PROJETO



## APÊNDICE B – PLANO DE CAPACITAÇÃO

### Acolhimento de novo profissionais na Vigilância Sanitária

#### Justificativa

A revolução tecnológica têm causado um enorme impacto em todos os setores da sociedade e, para a Vigilância Sanitária, essa realidade influencia significativamente o processo de trabalho. As mudanças ocorridas neste novo cenário propiciam o surgimento de situações de pressão sobre os profissionais que nele atuam.

Diante disso, o presente documento tem como intuito apresentar um projeto capacitação de acolhimento, que consiste em uma proposta de trabalho pretende promover a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela Vigilância Sanitária através do treinamento de profissionais recém ingressados na Visa, bem como acolher estes novos profissionais com o intuito de apresentar a eles o trabalho de um técnico de Visa, aliando conceitos teóricos e práticas de campo.

As ações de “Capacitação Permanente” tem foco na preparação dos trabalhadores em Visa para o desenvolvimento humano e social, tendo como referencial o ingresso do profissional no serviço de Visa.

#### Objetivo Geral

Capacitar profissionais de Vigilância Sanitária para contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos pela Visa, proporcionando-lhes capacidade de enfrentar os desafios e as adversidades da atualidade.

#### Objetivos Específicos

- Proporcionar aos profissionais da Visa por meio de diversas atividades a aquisição e construção crítica de conhecimentos, habilidades e valores, contribuindo assim para que se tornem competentes e se qualifiquem como pessoas, como cidadãos e como profissionais;
- Proporcionar um conjunto de atividades teórico-práticas, investigativas e reflexivas para a formação de servidores que ingressam na Vigilância Sanitária;
- Padronizar a forma como os profissionais irão atuar a campo frente às diversas situações da rotina de trabalho da Visa.

#### Metodologia

Curso semipresencial, com metodologia mista tradicional e construtivista. Pretende-se intercalar aulas teóricas com práticas de campo,além de trabalhos a serem desenvolvidos à distância.

### Conteúdos Programáticos

DATA	HORÁRIO	ASSUNTO	INSTRUTOR
Fevereiro/2013	A ser definido	Módulo I - Ética	A ser definido
Fevereiro/2013	A ser definido	Módulo II - O que é Risco Sanitário	A ser definido
Março/2013	A ser definido	Módulo III - Protocolo de atendimento	A ser definido
Março/2013	A ser definido	Módulo IV - Processo Administrativo	A ser definido
Março/2013	A ser definido	Módulo V - O que é Visa e quais os instrumentos utilizados no dia-a-dia de trabalho (sistemas, etc)	A ser definido
Março/2013	A ser definido	Módulo VI - Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador - uma pequena contextualização	A ser definido

Carga horária total do curso 80 horas presenciais e 40 horas à distância

### Recursos

- Recursos humanos:

Comissão de Elaboração e Execução do Projeto, Coordenador Técnico, Coordenador Pedagógico, Coordenação Administrativa, Instrutores.

- Relação de Instrutores

Nome:

Vínculo Empregatício:

Cargo:

- Recursos Materiais:

Apostila com conteúdo programático, canetas, lápis, borracha para todos os alunos, confecção de carteirinhas de autoridade sanitária certificada através da capacitação, flipchart, pincel atômico, datashow, tela de projeção, giz para quadro negro, notebook, papel de rascunho, galão de água, chá, café, coffee break, hospedagem, almoço e jantar para os participantes.

### Público Alvo

Profissionais recém contratados e que ingressam no serviço de Vigilância Sanitária, buscando priorizar aqueles que vêm através de concursos públicos ou que já trabalham dentro das secretarias de saúde em outras áreas que não a Visa. Pretende-se ministrar o curso para turmas de 80 pessoas, a cada ano.

### Local de Realização

Pretende-se realizar o treinamento na estrutura do Centro Formador da Escola de Governo - SESA/PR, devido à estrutura completa de salas que o local apresenta, visto que em alguns

momentos da capacitação será necessário utilizar a sala de informática para buscas de referenciais teóricos e acesso aos sistemas de informática utilizados pelos profissionais de Visa.

**Certificado**

A Escola de Governo fornecerá certificados de participação e suficiência (aprovação), bem como uma carteirinha de autoridade sanitária especializada.

**ANEXO A – DIAGNÓSTICO SOBRE NECESSIDADES DE CURSOS EM VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR NA 2ªRSM – 2012**

<b>Nome do Curso</b>	<b>Público Participante</b>	<b>Justificativa</b>
Oficina de Planejamento Estratégico	Técnicos da SCVSAT, SCVE e Visas municipais	Instrumentalizar a equipe para o planejamento estratégico
Leptospirose	Técnicos da SCVSAT, SCVE e Visas municipais	
Leishmaniose	Técnicos da SCVSAT, SCVE e Visas municipais	
Hantavirose.	Técnicos da SCVSAT, SCVE e Visas municipais	
Farmácia Hospitalar	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Comunidades Terapêuticas	Técnicos da SCVSAT, SCAPS e Visas municipais	
Instituições de Longa Permanência para Idosos	Técnicos da SCVSAT SCAPS e Visas municipais	
CAPS	Técnicos da SCVSAT, SCAPS e Visas municipais	
APAES	Técnicos da SCVSAT, SCAPS e Visas municipais	
CRECHES	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Farmácia de Manipulação	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Laboratório de Análises Clínicas – RDC 302/05	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Rotulagem de Alimentos	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Animais Peçonhentos	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Banco de Leite Humano	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Oficina de Análise de Projeto de Sistema de Tratamento de Água para Diálise	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Dengue	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	

<b>Nome do Curso</b>	<b>Público Participante</b>	<b>Justificativa</b>
CME	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	
Hospitais	Técnicos das Visas municipais	
Notificação de Efeitos Adversos – NOTIVISA	Técnicos das Visas municipais	
Medicina Nuclear – RDC 20 e 38	Técnicos da SCVSAT	
Radiologia médica e mamografia	Técnicos das Visas municipais	
Biossegurança odontológica	Técnicos das Visas municipais	
Saneantes	Técnicos das Visas municipais	
Rotulagem de alimentos	Técnicos das Visas municipais	
Curso de Tanatopraxia	Técnicos da SCVSAT	
HACCP/APPCC	Técnicos das Visas municipais	
Oficina de Territorialização e Planejamento para a Saúde do Trabalhador;	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	Qualificar e instrumentalizar equipe técnica para o diagnóstico e planejamento de ações em saúde do trabalhador
Saúde do Trabalhador da Saúde: NR 32 e sua aplicação nas ações de Vigilância em Saúde	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	Qualificar e instrumentalizar equipe técnica que atua na área de serviços de saúde e saúde do trabalhador para a aplicação da NR 32 nas inspeções
Processo Administrativo Sanitário;	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	Qualificar equipe técnica em legislação sanitária visando maior conhecimento dos procedimentos e fluxo do Processo Administrativo Sanitário
SINAN/Agravos relacionados à saúde do trabalhador	Técnicos da SCVSAT e SMSs (Visas, Vig.Epidemio e Assistência)	Difundir os agravos relacionados à saúde do trabalhador de notificação obrigatória, visando uma melhora nas notificações
Acidentes de Trabalho Graves e Fatais – ação do CEIOART e sistemas de informação	Técnicos da SCVSAT e SMSs (Visas, Vig.Epidemio)	Qualificar a equipe técnica para a investigação e notificação dos acidentes graves e fatais relacionados ao trabalho
Atenção à Saúde do Trabalhador nas Unidades e Serviços de Saúde	Técnicos da SCVSAT / CEREST, SCAPS e SMSs (Vig.Epidemio e Assistência)	Qualificar as equipes técnicas para o diagnóstico, investigação e notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho
Capacitações em relação a	Técnicos da SCVSAT e Visas	

<b>Nome do Curso</b>	<b>Público Participante</b>	<b>Justificativa</b>
análises de projetos e ações do VIGIAR (aguardando definições dos níveis Estadual e Federal)	municipais	
Treinamento em GAL	Técnicos das Visas municipais	
Água e Solo	Técnicos da SCVSAT	
Resíduos	Técnicos das Visas municipais	
Geoprocessamento	Técnicos da SCVSAT e Visas municipais	

Diana Raquel Siqueira da Silva  
Ieda Cristina da Silva Vicente  
Josemaryson Damascena Bezerra  
Juliana Chiappori R. Souza  
Jurandir Alves de Almeida Júnior  
Maria de Fátima Fagundes de Lima  
Maria do Rosário Pires Spíndola  
Sérgio Wlademir de S. Filho  
Susiane de Pontes B. Lopes

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VISA PARA REGIÃO METROPOLITANA  
DO RECIFE**

Recife

2012

Diana Raquel Siqueira da Silva  
Ieda Cristina da Silva Vicente  
Josemaryson Damascena Bezerra  
Juliana Chiappori R. Souza  
Jurandir Alves de Almeida Júnior  
Maria de Fátima Fagundes de Lima  
Maria do Rosário Pires Spíndola  
Sérgio Wladimir de S. Filho  
Susiane de Pontes B. Lopes

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária.

Orientador: Lúcia Francelino

Recife

2012

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

da Silva, Diana Raquel Siqueira; Vicente, Ieda Cristina da Silva; Bezerra, Josemaryson Damascena; Souza, Juliana Chiappori R.; Júnior, Jurandir Alves de Almeida; de Lima, Maria de Fátima Fagundes; Spíndola, Maria do Rosário Pires; Filho, Sérgio Wladimir de S.; Lopes, Susiane de Pontes B.

Programa de Educação Permanente em VISA para Região Metropolitana do Recife: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Recife, 2012.

15f.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gestão em Saúde. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde.

I. Ministério da Saúde. II. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V Fundação Dom Cabral VI. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título

G333

Diana Raquel Siqueira da Silva  
Ieda Cristina da Silva Vicente  
Josemaryson Damascena Bezerra  
Juliana Chiappori R. Souza  
Jurandir Alves de Almeida Júnior  
Maria de Fátima Fagundes de Lima  
Maria do Rosário Pires Spíndola  
Sérgio Wladimir de S. Filho  
Susiane de Pontes B. Lopes

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VISA PARA REGIÃO METROPOLITANA  
DO RECIFE**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Vigilância Sanitária.

-----  
Lúcia Francelino (Facilitadora)  
-----

Alice Maria Correia Pequeno – Gestora de Aprendizagem  
-----

Renata S. L. da Rosa – Facilitadora de Educação Permanente

Recife, 20 de Julho de 2012

## INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos, as organizações sociais fazem tentativas de realizar o controle sobre os pontos-chaves da vida em coletividade e sobre as ameaças geradas à saúde e à própria vida (COSTA, 2000). Nesse contexto, as ações de Vigilância Sanitária constituem a mais antiga atividade de Saúde Pública.

Ainda, segundo COSTA (2000), a noção histórica e legal de Vigilância Sanitária, está estritamente vinculada à prática de fiscalização, e ainda hoje acaba por restringir, a compreensão de suas diversas ações, conferindo matizes de redução ao âmbito do controle sanitário ao excluir seus integrantes de informação e educação sanitárias. No decorrer do tempo, a concepção de Vigilância Sanitária foi sendo ampliada de forma que abrangesse a multiplicidade de objetos e instrumentos cada vez mais complexos para a realização de seus objetivos. No Brasil, a Vigilância Sanitária teve seu marco fundamental no final dos anos 1980 e início dos anos de 1990, com a promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil, com grandes avanços no campo da saúde. (SOUZA E STEIN, 2007).

Assim, Vigilância Sanitária pode ser compreendida, atualmente, como um conjunto integrado de ações legais, técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização, que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando a proteção e a promoção da saúde da população (PIOVESAN, 2002).

Com a intensificação do processo de descentralização, são inúmeros os aspectos que vêm sendo abordados no campo da VISA, dentre eles destacam-se como ponto crítico na saúde, a capacitação e o desenvolvimento dos seus recursos humanos (RHs). Para a VISA, a questão dos recursos humanos reveste-se de maior complexidade, por não haver cursos de graduação voltados especificamente para vigilância sanitária e pelo fato de que as disciplinas que dão suporte à área, nos cursos de nível superior da área da saúde, não oferecerem qualificação específica, ficando a formação profissional sujeita a capacitações em cursos de pós-graduação, nem sempre disponíveis na maioria dos municípios brasileiros. Há, ainda, a considerar, as características do processo de trabalho em VISA, que envolve a multiprofissionalidade, ações intersetoriais e interinstitucionais, com capacidade gerencial e técnica nas diferentes áreas de atuação para a regulação do risco sanitário, em sociedades movidas pelo consumo de produtos, serviços e tecnologias, inclusive as de saúde, com riscos crescentes, que muitas vezes produzem iatrogenias (LUCCHESI, 2006; BRASIL, 2003; SOUZA, 2002; SOUTO, 2001).

Por necessitar de uma força de trabalho extremamente qualificada, as ações de vigilância sanitária se destacam dentre as demais ações de saúde, por ter seu objeto de

atuação com um caráter complexo, tornando necessária a aquisição de conhecimentos advindos de diversas áreas, justificando também o envolvimento de equipes de trabalho multidisciplinares, exigindo que as mesmas disponham de saberes e práticas capazes de modificar a realidade no sentido de sempre proteger e propiciar o bem estar do cidadão (NASCIMENTO, 2001).

A especificidade requerida para uma atuação adequada desse profissional, coloca a VISA em uma situação de extrema responsabilidade, na medida em que, considerando o fim principal de favorecer a promoção da saúde da população, muitas vezes para que esse objetivo seja atingido, o profissional da vigilância precisa interferir no modo de produção econômico-social.

Portanto, para exercício de suas funções, esses profissionais necessitam, cada vez mais, apropriar-se do conhecimento, seja para a identificação dos riscos e problemas, seja para buscar as formas de prevenção e as soluções mais adequadas. Isso faz com que ela seja um importante ator na geração e difusão do conhecimento.

Por outro lado, necessidades de conhecimento técnico/científico também se colocam como fundamentais, na medida em que, ao lidar com o mercado e tendo que supervisioná-lo, necessário se faz dominar as técnicas e os conhecimentos que o sustentam. Nesse contexto a vigilância deve trabalhar fundamentada em um instrumental mais técnico-científico e menos político e improvisado (TEMA, 2002).

Documentos institucionais apontam claramente a baixa capacitação dos profissionais que atuam na Vigilância Sanitária, sugerindo problemas quanto à sua forma de atuação, o que poderá resultar em fragilidades quanto ao sistema de atenção à saúde (ANVISA, 2001).

Assim, os recursos humanos que atuam na Vigilância Sanitária necessitam ser parte de uma política de desenvolvimento e qualificação profissional, associada aos mecanismos de valorização, tais como o plano de cargos, carreiras e salários, em virtude das características particulares do processo de trabalho em Vigilância Sanitária, que impõe limitações quanto ao vínculo empregatício, impedimentos quanto ao exercício profissional no setor regulado, vulnerabilidade a pressões de ordem política e econômica e não raramente, agressões à integridade física dos profissionais (NASCIMENTO, 2001).

Essa política de desenvolvimento e qualificação profissional deve levar em conta, além dos aspectos referentes a uma formação geral, as necessidades específicas de cada Estado e de cada Município, em função das distintas realidades existentes.

Nesse contexto, a educação permanente deve ser entendida como a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, fazendo parte do cotidiano dos trabalhadores e suas instituições. Além de buscar soluções para o enfrentamento dos

problemas inerentes ao trabalho de forma a promover mudanças na prática profissional e na forma de trabalho.

Os problemas no campo de recursos humanos representam também, grandes desafios para consolidação do SUS. No caso da Vigilância Sanitária esses desafios apresentam uma maior grandeza e complexidade, sendo claro a necessidade de desenvolver um programa de educação permanente em saúde no âmbito da vigilância sanitária.

Segundo, FONTANA (2008) “para haver mudanças, é necessário a percepção de problemas ou desconfortos do cotidiano e para isso, é preciso diálogo, problematização, novos pactos de convivência que poderão ser estratégias para a promoção da saúde coletiva”.

É importante ressaltar que os problemas relacionados aos recursos humanos em vigilância sanitária elencados pelo nosso grupo foi fruto de nossa matriz decisória que são auto-estima baixa, deficiência de RH, baixo poder decisório, qualificação deficiente de RH, ausência de formação em vigilância em Saúde em VISA, curso de especialização em VISA, deficiência de apoio tecnológico e desconhecimento da importância das VISAS pela população.

Nessa direção o grupo afinidade do I Curso de Gestão em Vigilância Sanitária, realizou pesquisa junto aos profissionais das vigilâncias sanitárias da Região Metropolitana de Recife, e os resultados encontrados indicaram: insuficiência na quantidade e distribuição dos profissionais; incipiente capacitação; desmotivação dos profissionais; problemas relacionados a gratificação; não institucionalização do Plano de Cargos, Carreiras e Salários; baixa utilização do potencial dos técnicos e indefinição de requisitos éticos para exercer funções de fiscalização sanitária. Esses dados estão em consonância com os resultados encontrados por LEAL e TEIXEIRA (2009), em pesquisa realizada com profissionais da vigilância em Salvador-BA.

Em recente pesquisa realizada no estado da Paraíba, PIOVESAN et al,(2005). analisando a relação entre os serviços de vigilâncias sanitárias e os contextos sanitários, epidemiológico, político, social e econômico, concluiu que as capacitações não atendiam todos os técnicos, além de serem desarticuladas das necessidades locais comprometendo a execução das ações de vigilância sanitária

Estudo realizado em três municípios da região metropolitana de Porto Alegre comprovou que os trabalhadores em vigilância sanitária não tiveram formação específica para trabalhar em área de saúde. Demonstra também, que no município com índice menor de Desenvolvimento Social e Econômico (IDESE) e condições de trabalho precárias leva aos profissionais apresentarem uma baixa auto-estima (GARIBOTTI et al., 2006).

De acordo com, PEPE et al. (2010), na última década, a vigilância sanitária tem feito um esforço no sentido de promover eventos relacionados à área. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública promoveu até 2007, três simpósios brasileiros de vigilância sanitária e duas jornadas Norte-Nordeste de vigilância sanitária. Porém, percebe-se que por

ser uma área historicamente carente de recursos humanos especializados, esse esforço não pode ser esporádico e sim de caráter permanente.

É importante ressaltar que a ampliação do conhecimento sobre o campo de vigilância sanitária e de sua produção científica contribuirá significativamente para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, além de direcionar juntamente com outros instrumentos, no caso do censo Nacional dos trabalhadores em VISA e o Plano Diretor em Vigilância Sanitária que permitem perceber a necessidade de investimentos necessários para uma maior qualificação da força de trabalho. (PEPE *et al*, 2010).

A gestão de recursos humanos da Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde nem sempre está direcionada para atender as necessidades das práticas profissionais em VISA. Portanto, se faz necessário a criação de um plano de cargos e carreiras que valorize tanto os servidores quanto a instituição, pois aparelha a vigilância sanitária para melhor cumprir sua missão no atendimento ao interesse público.

Segundo o Ministério da Saúde, a política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa transformar e a qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de saúde e pedagógicas.

Compete a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as secretárias estaduais e municipais de saúde (SNVS) a adequação de suas estruturas organizacionais para realizar, de modo efetivo, a Gestão da Educação em Vigilância Sanitária, além de incorporar ações de educação dos profissionais considerando os instrumentos de planejamento do SUS. (ANVISA, 2011).

O Estado de Pernambuco com a população de 8.800.000 habitantes constituído de 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha está dividido em 12 regionais de saúde, dispõe de uma região metropolitana composta de 14 municípios com uma área de 2.783 km<sup>2</sup> com aproximadamente 3.690.530 habitantes que corresponde 42 % da população do estado de Pernambuco(CENSO,2010). Porém, o objetivo deste projeto aplicativo, é atender inicialmente as necessidades de capacitações aos profissionais de vigilância sanitária que exercem suas atividades na região metropolitana do Recife, composta dos seguintes municípios: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife, São Lourenço. Situada numa área de 2.768 Km<sup>2</sup>, possuindo uma população de 3.658.318 habitantes (IBGE, 2007).

O perfil dos profissionais de VISA foi traçado a partir da aplicação dos questionários em 85% dos municípios da RMR. Dentro de um universo de aproximadamente 210 trabalhadores de vigilância sanitária, foram aplicados 106 questionários dos quais foi possível obter informações relativas ao tipo de vínculo, tempo de atuação na VISA, idade, sexo, áreas de

atuação, áreas onde se encontra mais preparado para atuar, nível de escolaridade no vínculo, cursos ofertados e se o profissional tem conhecimento sobre educação permanente.

Dos 106 questionários aplicados aproximadamente 48 % afirmaram não ter participado de nenhum curso de atualização nos últimos dois anos e em torno de 86 % dos entrevistados informaram não ter especialização em VISA. Vale salientar que 85% dos profissionais tem vínculo efetivo com a instituição em que trabalha.

Portanto, a implantação de um Programa de Educação Permanente em VISA para Região Metropolitana do Recife é imperativo e urgente para aprimorar o desempenho das atividades e o reconhecimento dos profissionais em vigilância sanitária.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Desenvolver um programa de educação permanente com ações de formação e capacitação para o desenvolvimento e aprimoramento contínuo dos profissionais de VISA, que atuam nos municípios da região metropolitana do Recife.

### **2.1. Objetivos Específicos**

- Implantar um plano para estabelecer processos de aprendizagens capazes de desenvolver habilidades e competências valorizando o saber fazer dos profissionais de VISA, para o aprimoramento do processo de trabalho;
- Capacitar e atualizar técnicos para desenvolver ações frente às novas tecnologias;
- Implantar atividades que promovam a melhoria das relações interpessoais;

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

No Brasil, desde as décadas de 70-80 do século XX, são intensas as discussões sobre Educação Permanente em Saúde - EPS, passando por várias etapas, como o movimento realizado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), proposta em 1996 e aprovada, após muitas discussões, em fevereiro de 2002 (LOPES, 2007, CAMPOS, 2007, BRASIL, 2002). Especificamente, sobre educação permanente, varias foram as publicações relatando a necessidade de capacitação dos trabalhadores da saúde, dentre elas citamos: a lei Federal nº 8.080/1990 já determinava em seu artigo 27, que “ a política de recursos humanos na área da saúde fosse formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas do governo, para cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (CONASS, 2011).

A lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu artigo 27, que “ a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas do governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (CONASS,2011)

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos de Educação Permanente em Saúde”.

Em 2007, com a publicação da Portaria nº 1.996 /2007, foram definidas as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação em Saúde, definindo as atribuições no

âmbito da Educação Permanente em Saúde, considerando as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Destacamos ainda, a Portaria nº 3.252, de 23 de dezembro de 2009, que estabelecia a necessidade de construção e implementação de uma política de gestão da educação permanente para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que respeitasse os princípios e diretrizes do SUS. O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar a educação, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde (a educação *intercede* pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem). Assim, as ideias de Educação Permanente em Saúde, estruturaram-se a partir de conceitos emancipatórios e crítico-reflexivos com a finalidade de uma análise política, social e econômica das estruturas que envolvem o processo saúde/doença para propor e desenvolver ações de educação.

Especificamente em relação aos técnicos de Vigilância Sanitária, o avanço da globalização dos mercados e o intenso desenvolvimento tecnológico apresentado nos últimos anos, provocou um aumento significativo dos riscos sanitários, e conseqüente aumento na circulação de mercadorias e pessoas, tornando-se necessária a construção de ações de vigilância sanitária (Visa) baseadas em políticas consistentes e serviços organizados de modo a atender de forma ágil aos mercados em expansão, ao mesmo tempo em que garanta a proteção da saúde da população (LUCHESE, 2006; 2001; ROZENFELD, 2000).

Desse modo, torna-se imperioso a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na área de vigilância sanitária, dentro do contexto a Educação Permanente, que se constitui numa estratégia fundamental às transformações do trabalho, lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Tendo em vista que a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, onde os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde (SAUDE, 2003).

Segundo (Paschoal, 2007), a educação permanente como aprendizado contínuo, é fator preponderante para o desenvolvimento do indivíduo no que diz respeito ao seu crescimento pessoal, profissional e social. Ainda nessa direção, “a lógica da educação permanente é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar”. (MANCIA, 2004)

Nessa direção, a Portaria nº 198/GM/MS DE 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. (BRASIL, 2004).

Merece destaque a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que institui o Pacto pela Saúde com as diretrizes “ Pacto em defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas. Ressalta-se ainda, que o Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal e na Lei 8.080/90, define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS estabelecendo as diretrizes com ênfase entre outras na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Em 2007, com a publicação da Portaria nº 1.996 dispondo sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação em Saúde, definia as atribuições no âmbito da Educação Permanente em Saúde, considerando as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Ressaltamos ainda, que a Portaria nº 3.252, de 23 de dezembro de 2009, ficou também estabelecida a necessidade de construção e implementação de uma política de gestão da educação permanente para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que respeitasse os princípios e diretrizes do SUS. Determinando ainda que a educação permanente fosse integrada com os eixos da clínica, gestão, promoção e vigilância em saúde.

Segundo PASCHOAL(2007 ), a educação permanente como aprendizado contínuo, é fator preponderante para o desenvolvimento do indivíduo no que diz respeito ao seu crescimento pessoal, profissional e social. Ainda nessa direção, “a lógica da educação permanente é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar”. (MANCIA, 2004)

#### **4. METODOLOGIA**

Os trabalhos foram realizados através de um processo participativo com a colaboração dos especializandos do grupo G61. A metodologia foi ancorada com enfoque no Planejamento Estratégico Situacional – PES, que vem sendo muito utilizado na área de saúde,

pela reconhecida complexidade, com problemas não estruturados e as variáveis sem o controle dos atores envolvidos.

O PES foi aplicado por meio de quatro momentos proposto por Matus: o *explicativo*, o *normativo*, o *estratégico* e o *tático-operacional*. A seguir, encontram-se descritos esses momentos, ressaltando-se que a seqüência dos mesmos, deveu-se apenas como uma estratégia didática. Na construção do plano, foram contemplados os 4 momentos, acima referidos e são apresentados a seguir:

No momento explicativo a realidade foi descrita mediante a seleção de problemas relevantes, na área de capacitação em vigilância sanitária, buscando-se a compreensão ampla do porquê da ocorrência desses problemas, em seguida foram identificando-se os nós-críticos, que representam os centros práticos de ação. O conteúdo dessa etapa, foi sintetizado por Matus, através de um fluxograma situacional (TRANCREDI, 1998; ALMEIDA, 2002), no qual estão inseridos os seguintes aspectos que resumem o conteúdo dessa etapa: a elaboração do problema realizada com clareza e objetividade; a presença do ator responsável pela explicação e articulação das ações, no sentido de conceber e operar as intervenções para a solução do problema; os descritores do problema, representados preferencialmente por indicadores de caráter quantitativo, monitoráveis ao longo do tempo e que possibilitem verificar como o problema se comporta numa dada realidade situacional; as conseqüências do problema, constando de um exercício de análise e de uma discussão, tendo como produto a síntese dos principais efeitos do problema. A relevância e a precisão do estabelecimento dos nós críticos justificou-se pelo fato de que esses serão os focos que seriam trabalhados no momento normativo.

No momento normativo realizamos a identificação dos atores que integram o problema e dos recursos que esses dispõem para controlar as operações. A projeção das operações nos três cenários foi fundamental, pois considera a relação entre os poderes da instância política, do conhecimento técnico do problema, da capacidade organizativa dos atores e dos recursos financeiros. Portanto, o momento normativo foi trabalhado em função da incerteza, sendo necessário, constantemente, avaliar e avaliar as possibilidades, construindo diferentes cenários de atuação. Por conseguinte, foi relevante a definição de prazos e metas em relação às operações, tendo-se, dessa forma, a previsão de seu início e de seu término.

Para o momento o momento estratégico, a análise situacional encontrava-se focada na construção da viabilidade, mapeando-se todos os atores que poderiam cooperar ou se opor ao que está sendo proposto, avaliando-se o tipo de controle que cada um detém dos recursos essenciais para o êxito do plano (ALMEIDA, 2002).

No momento estratégico buscou-se responder às seguintes indagações: As operações do plano são viáveis nesse momento? Quais as possíveis reações dos atores envolvidos no

problema? Como construir a viabilidade para as ações inviáveis? Salientando que, a análise estratégica deve permeiar e ser desenvolvida em todos os momentos da elaboração e execução do plano.

O momento tático-operacional consistiu na implementação das ações propostas e na adequação às situações apresentadas. Nessa perspectiva, quebra-se a lógica linear – planejar/executar/avaliar. É preciso recalcular o plano, no qual o monitoramento das operações ajuda a redesenhá-las permanentemente e a avaliação contínua do impacto no processo de Educação Permanente para os profissionais de vigilância sanitária, realimenta a leitura da realidade e da melhor forma de nela intervir (ALMEIDA, 2001)

Ao se analisar o PES, podemos descrevê-lo como um método de permanente exercício de diálogo e de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipar possibilidades de decisão e preparar estratégias para a obtenção de governabilidade sobre as mesmas. Constatamos que, na análise dos problemas potenciais o PES consiste em um potente instrumento do processo de trabalho gerencial, permitindo ao gestor lançar mão das ações preventivas e contingentes.

Para o desenvolvimento desse projeto, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre educação permanente e outros temas referentes ao assunto. Foram também elaborados questionários de entrevista com os técnicos de VISA da Região Metropolitana do Recife, no intuito de se obter dados sobre o perfil dos profissionais que trabalham nas vigilâncias.

## **5. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA**

A implantação do Programa deverá ser executado através de um Plano de Educação Permanente em VISA atendendo as especificidades de cada município da Região Metropolitana de Recife.

### **5.1. Caracterização dos municípios da Região Metropolitana do Recife**

#### **Abreu e Lima**

O município de Abreu e Lima foi desmembrado do Município do Paulista, através da Lei Estadual nº 8.950 de 14 de maio de 1982. Os municípios limítrofes são Paulista, Igarassu, Paudalho, Camaragibe. Segundo o IBGE/2007 tem uma população de 92.217 habitantes e densidade demográfica de 731,93 hab/ Km<sup>2</sup>. As principais atividades econômicas estão relacionadas com a indústria.

#### **Araçoiaba**

O município de Araçoiaba é constituído apenas de um distrito sede. Foi criado por meio da Lei Estadual nº 11.230 de 13 de julho de 1995 e segundo IBGE (2009) possui 17.484

habitantes. A Barragem de Botafogo que abastece parte da Região Metropolitana de Recife está localizado no município e sua principal atividade econômica é a agricultura.

### **Cabo de Santo Agostinho**

O município de Cabo de Santo Agostinho tem uma população de 163.139 habitantes e densidade demográfica de 2.475,92 Km<sup>2</sup> hab./km<sup>2</sup>. Os municípios limítrofes são Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Escada, Vitória de Santo Antão e Moreno. Possui várias reservas ecológicas e belas praias. A economia do município é predominante da agricultura, indústria, comércio e prestação de serviços, principalmente em torno do Porto de Suape.

### **Camaragibe**

O município de Camaragibe localiza-se a uma altitude de 55 metros do nível do mar. Municípios limítrofes Recife, São Lourenço e Paulista, tem uma população 136.381 habitantes (IBGE/2007) e densidade demográfica de 2.475,92hab./km<sup>2</sup> e uma área de 55km<sup>2</sup>.

### **Igarassu**

É formado pela Sede e mais o Distrito de Nova Cruz e o Distrito de Cruz de Rebouças. Municípios limítrofes, ao norte:Goiana, Tracunhaém e Itaquitinga, ao Sul: Paulista e Abeu e Lima, a leste Itamaracá, Itapissuma e Oceano Atlântico, Oeste: Araçoiaba e Tracunhaém. Tem uma população de 93.748 habitantes (IBGE/2007) e densidade demográfica de 306 hab./km<sup>2</sup>.

### **Ipojuca**

Ipojuca é um município formado pelo distrito Sede e pelos povoados de Camela, Nossa Senhora do Ó, Porto de Galinhas, Praia do Touquinho e Suape. Os Municípios Limítrofes, ao norte com Cabo de Santo Agostinho, ao Sul com Sirinhaém, a leste com Oceano Atlântico, e a oeste com Escada. O município teve um crescimento populacional de quase 3% ao ano (nos últimos 10 anos) resultado do crescente interesse turístico e também do acentuado ritmo de crescimento do Complexo Industrial e Portuário de Suape.

### **Ilha de Itamaracá**

O município é uma ilha do litoral norte do estado de Pernambuco separada do continente pelo canal de Santa Cruz e fica situado na unidade geoambiental das baixadas litorâneas do Nordeste. Os municípios vizinhos ao norte: Goiana, ao Sul: Igarassu, a leste: o Oceano Atlântico, e a oeste: Itapissuma. Conforme o IBGE/2007 tem uma população de 17.573 habitantes e densidade demográfica de 268,6 hab./ km<sup>2</sup> e uma área de 65,4 km<sup>2</sup>.

### **Itapissuma**

O município é considerado Patrimônio da Humanidade pela UNESCO por possuir resquícios da Mata Atlântica bastante preservada. Os municípios limítrofes ao norte: Goiana,

ao Sul: Igarassu, a leste: Ilha de Itamaracá, a oeste: Igarassu. Segundo o IBGE/2007 tem uma população de 22.852 habitantes e densidade demográfica de 307 hab./ km<sup>2</sup> e uma área de 74 km<sup>2</sup>.

### **Jaboatão dos Guararapes**

Considerado o berço da nacionalidade e do Exército Brasileiro, pela expulsão dos Holandeses ocasionada por tropas formadas por brancos ibéricos, negros e índios. Os municípios limítrofes: Recife, Cabo de Santo Agostinho, Moreno e São Lourenço da Mata. Tem uma população de 665.387 habitantes (IBGE /2007), densidade demográfica de 2.598,0 hab./ km<sup>2</sup> e uma área de 256,07 km<sup>2</sup>.

### **Moreno**

Formado pelo distrito sede pelo povoado de Bonança. Municípios limítrofes: São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão. Conforme o IBGE / 2007 tem uma população de 52.830 habitantes, densidade demográfica de 270,9 hab. / km<sup>2</sup> e uma área de 195,60 km<sup>2</sup>.

### **Olinda**

A segunda cidade brasileira a ser declarada Patrimônio Histórico e Cultural da Humanidade pela UNESCO, em 1982. Municípios limítrofes ao norte: com Paulista, ao Sul e ao oeste com Recife, a leste com Oceano Atlântico. Conforme o IBGE/2007 tem uma população de 391.433 habitantes e densidade demográfica de 8.988,54 hab./ km<sup>2</sup> em área de 43,54 km<sup>2</sup>.

### **Paulista**

O município tem, aproximadamente, 14 km de orla marítima e seus municípios limítrofes são: Recife, Olinda, Abreu e Lima, Igarassu, Paudalho e Camaragibe. Conforme o IBGE / 2007 tem uma população de 307.284 habitantes, densidade demográfica de 3.285,83 hab./ km<sup>2</sup> e uma área de 93.518 km<sup>2</sup>.

### **Recife**

Capital do Estado de Pernambuco é conhecida nacionalmente como a “Veneza Brasileira” graças à semelhança fluvial com a cidade europeia. Limita-se com os municípios de Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Olinda e São Lourenço da Mata. Possui uma população de 1.533.580 habitantes (IBGE / 2007), em uma área de 217,494 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 7.051,17 hab./ km<sup>2</sup>.

### **São Lourenço da Mata**

Capital do Pau-Brasil por causa da reserva ecológica de Tapacurá, remanescente de Mata Atlântica. Municípios limítrofes: Paudalho, Camaragibe, Chã de Alegria, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Recife e Vitória de Santo Antão. Tem uma população de 95.304 habitantes (IBGE / 2007), densidade demográfica de 360,53 hab./km<sup>2</sup> e área de 264.346 km<sup>2</sup>.

### **6. RESULTADOS ESPERADOS**

- Profissionais de VISA atualizados para as funções;
- Eliminar os vícios adquiridos que interferem no desempenho profissional;
- Melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- Reduzir conflitos internos com a melhoria das relações interpessoais;
- Aumentar a motivação dos profissionais;
- Executar de maneira correta e aumentar dessa forma a efetividade nas suas atividades;
- Profissionais capacitados para atender os novos processos e as inovações tecnológicas.

### **7. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA**

<b>AÇÃO</b>	<b>PERÍODO</b>
Implantar o Plano de Educação Permanente de Educação VISA para RMR.	2013
Estruturar ferramentas que possibilitem o monitoramento e avaliação do plano	2013

## **ANEXO**

# PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM VISA

## 1. Apresentação

O presente plano de educação permanente em VISA para a Região Metropolitana de Recife é resultante de uma construção compartilhada dos especializandos do Curso de Gestão em Vigilância Sanitária.

A necessidade de uma estratégia de intervenção no campo da educação permanente para os trabalhadores da VISA

A vasta legislação sobre a educação permanente para os trabalhadores de VISA, os dados obtidos na pesquisa realizada junto aos técnicos de VISA da Região Metropolitana de Recife corroboraram com a necessidade de uma estratégia de intervenção.

O presente Plano de Educação Permanente em VISA será destinado aos profissionais de VISA como forma de garantir o constante desenvolvimento na carreira, refletindo na melhoria dos serviços prestados à população, com ações voltadas para o desenvolvimento das pessoas, objetivando treinar, capacitar, atualizar, integrar e motivar os servidores.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo Geral

Executar ações de formação e capacitação para o desenvolvimento e aprimoramento contínuo dos servidores de vigilância sanitária.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Capacitar tecnicamente os profissionais nas áreas específicas de VISA;
- Desenvolver práticas direcionadas para a transformação do processo de trabalho;

## 3. Concepção do Plano

O plano de capacitação dos profissionais da vigilância sanitária da Região Metropolitana do Recife, tem como premissa uma ação pro-ativa buscando não somente ir ao encontro das necessidades existentes, mas, principalmente antecipar-se aos problemas, a partir de uma leitura da realidade em virtude da complexidade do trabalho em VISA.

Nesse contexto, a educação permanente dos profissionais da VISA da região metropolitana do Recife, caracterizar-se-á por uma visão preventiva, inovadora e criativa

no sentido de promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos a vigilância sanitária para melhorar a qualidade de vida. Além disso, as ações da vigilância sanitária devem ser reconhecidas pela sociedade como imprescindíveis no controle sanitário de produtos e serviços.

Será instituída uma Comissão para Implantação do Plano (CIP) composta por técnicos de VISA em conjunto com a Comissão Permanente de Integração Ensino-serviço de Pernambuco (CIES) para desenvolver ações de execução, condução, avaliação e desenvolvimento do plano.

### 3.1. desenho do plano

NÓ CRÍTICO	AÇÃO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ATORES
Ausência de educação permanente para os profissionais em VISA da RMR.	Implantar um plano para <b>estabelecer</b> processos de aprendizagens capazes de desenvolver habilidades e competências valorizando o saber fazer dos profissionais de VISA, para o aprimoramento do processo de trabalho	Formalizar convênio com instituição educacional	Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) + Comissão para implantação do plano (CIP)	Escola de Saúde Pública; Instituições de ensino superior;
	Capacitar e atualizar técnicos para desenvolver ações frente às novas tecnologias	Realização de cursos	CIES + CIP	Escola de Saúde Pública Instituições de ensino superior
	Promover a melhoria das relações interpessoais.	Realização de cursos para sensibilização da necessidade de mudança pessoal e estimulando o autoconhecimento.	CIES + CIP	Escola de Saúde Pública Instituições de ensino superior

### 3.2. implementação e aplicação do plano

Esta etapa refere-se ao planejamento e execução do programa de Educação permanente que deverá observar um cronograma prévio, atendendo aos diferentes perfis do público alvo e de aprendizagens.

### 4. Recursos envolvidos para execução do plano

Os gestores podem contar com recursos orçamentários do Bloco de Financiamento da Gestão (repassa Fundo a Fundo) para execução do plano de capacitação permanente em VISA.

### 5. Áreas Temáticas e ações de capacitação

A implantação do Plano deverá atender ao cronograma previamente estabelecido com o perfil dos servidores participantes, conteúdo programático dos cursos, os instrutores, local e carga horária.

O Plano de Educação Permanente em VISA consubstancia-se nas áreas temáticas e ações de capacitação contemplando as áreas de serviços, produtos de interesse a saúde e relações interpessoais.

A instituição de ensino credenciada programará no mínimo três cursos por semestre contemplando as três áreas temáticas com carga horária de 40 horas para um público alvo de no máximo 50 servidores por curso, conforme tabela abaixo. Além de promover um curso de pós-graduação em Vigilância Sanitária a cada dois anos.

<b>CURSOS POR ÁREA TEMÁTICA</b>	<b>1º SEMESTRE</b>	<b>2º SEMESTRE</b>
SERVIÇOS	1 curso	1 curso
PRODUTOS DE INTERESSE A SAÚDE	1 curso	1 curso
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	1 curso	1 curso

## 6. Processo de avaliação do plano

O plano estabelece que os profissionais de VISA, quando do término dos cursos oferecidos dentro da programação anual sejam submetidos à avaliação, que busca promover a melhoria contínua e permanente do desempenho profissional, além de atender as metas institucionais e o aprimoramento desses técnicos.

Para acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo do plano esse processo avaliativo contará também por meio de questionário aplicado que identifique o grau de satisfação dos técnicos quanto aos cursos oferecidos, o conteúdo programático, metodologia, carga horária do curso e por fim avaliar os facilitadores. Além disso, está previsto avaliação de desempenho que são aferidos a eficiência e eficácia dos cursos.

### ANEXO

#### PROGRAMAÇÃO DOS CURSOS NAS ÁREAS TEMÁTICAS DE VISA.

Área Temática	Curso	Público Alvo	Quant. Cursos	Nº Partic.
Todas as áreas (alimentos, serviços de saúde, medicamentos)	Curso Básico em Vigilância Sanitária	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Processo Administrativo e Direito Sanitário	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Sistema de Informação em Vigilância Sanitária	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
Alimentos	Boas Práticas em Serviços de Alimentação	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de capacitação em BPF e APPCC para indústrias de Alimentos.	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de Atualização em legislação sanitária de alimentos;	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de avaliação de riscos sanitários na área de alimentos	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de análise de rotulagem de produtos alimentícios	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
Serviços de Saúde	Vigilância Sanitária em Laboratórios Clínicos	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50

	Procedimentos de Inspeção e de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Atualização de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de Atualização em Infecção Hospitalar	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Atualização em diálise	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Atualização de Vigilância Sanitária em produtos para saúde;			

Medicamentos/Cosméticos /saneantes	Curso. de atualização em cosméticos	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de atualização em Boas Práticas de fabricação para saneantes	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50
	Curso de atualização de rotulagem de saneantes.	Servidores das VISAs municipais da RMR	1	50

## Referências

ARTMANN, Elizabeth (2000). **O Planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial**. Cadernos da Oficina Social. Nescon- UFMG, 2000

ALMEIDA, E. S, Vieira CL, Castro CGJ, Furtado LC, Inojosa RM. **Planejamento e programação em saúde**. In: Westphal M.F, Almeida ES. (organizadores.) Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 255-72.

ALMEIDA FILHO, N. **O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde**. In: COSTA, E.A. (Org.). Vigilância Sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA , 2008. p.19-43.

BASTOS, A.A. **Vigilância sanitária em farmácias de Salvador**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.

BORGES-ANDRADE, J. E. **Desenvolvimento de Medidas em avaliação de treinamento**. Estudos de **Psicologia**, 7 (número especial) 31-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a05v7esp.pdf>. Acesso em 08 jun 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde/conselho Nacional de Secretários de saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providencias**. Diário da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [documento internet] 1988. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 12 maio . 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. [documento internet] 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 maio. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). Portaria Interministerial no2.118, de 04 de novembro de 2005. **Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de**

**recursos humanos na área da saúde.** [documento internet] 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 maio. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS). **9ª Conferência Nacional de Saúde – Municipalização é o caminho. Brasília 14 de agosto de 1992**, Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 1993. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 29 abril. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução no 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.** [documento internet] 1996. Disponível em: <<http://www.cep.ufsc.br>>. Acesso em: 15 abril. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a políticanacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providencias.** Diário da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.** Diário da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 abril. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de maio. 2012

\_\_\_\_\_. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, 24p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). [documento internet] 2006. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo\\_ pep.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_ pep.pdf)>. Acesso em: 12 abril 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS no 198/04, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** [documento internet] 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** [documento internet] 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).** Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) (Org.). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58 (Série B. Textos Básicos de Saúde

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 335, de 27 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em 06 jul 2012

\_\_\_\_\_. Portaria n 3.252, de 23 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/promocao-acoas-vigilancia-em-saude](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/promocao-acoas-vigilancia-em-saude). Acesso em 06 jul 2012

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. **Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS**. Divulg saúde debate, Rio de Janeiro, dez, n. 23, p. 30-56. 2001.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidados para uma outra educação os profissionais da saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 165-184.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, E.A.; ROZENFELD, S. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil**. In: ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, E.A.; SOUTO, A.C. **Formação de recursos humanos para a vigilância sanitária**. Divulg. Saúde Debate, n.25, p.91-107, 2001.

COSTA, E.A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 2004

DAVINI, M.C. **Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. Publicación n. 19**. Washington: OPS/OMS, 1989, 36p.

FONTANA, 2008

FURTER, P. **A Educação Permanente na perspectiva do desenvolvimento cultural**. In: \_\_\_\_\_. Educação Permanente e desenvolvimento cultura. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 111-159.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

GARIBOTTI et al. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22,n.5, p.1043-1051, maio, 2006.

HUERTAS, F, Entrevista com Matus, Caracas: F. Altandir, , 1994.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em: 7 jun. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em: 7 jun. 2012.

LEAL, C.O.B.S.; TEIXEIRA, C.F. **Analysis on the situation of human resources for sanitary surveillance Salvador** (Bahia, Brazil). Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.30, p.167-79, jul./set. 2009.

LUCCHESI, G. **O desafio de conceber e estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**: texto didático. [s.n.t.], 2006.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004.

MATUS, C. Adeus Senhor Presidente, Governantes e Governados. São Paulo: FUNDAP, 1996

NASCIMENTO, A. Caderno de Debates da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Out/Nov, 2001.

PASCHOAL, IAS, MANTOVANI, MF, MEIER, MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP. [internet]. 2007.

PEPE, Vera Lúcia Edaiset al. **A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a09.pdf>. Acesso em 08 jun 2012

PIOVESAN, Márcia Franke et al. **Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais**. Rev. bras. epidemiol.[online]. 2005, vol.8, n.1 [cited 2012-07-02], pp. 83-95 .

ROSCHKE, M.A.C.; CASAS, M.E.D. **Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud**. Educ Med Salud, Washington, v. 21, n. 1, p. 1-10, 1987.

ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.; HADDAD, J.Q. **Educación permanente y trabajo en salud: un proceso en construcción**. Educ Med Salud, Washington, v. 27, n. 4, p. 466-488, 1993.

SOUZA, J. S.; STEIN, A. T. **Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do Sul do Brasil: Implantação da gestão plena e efetividade das ações**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1-25, 2007.

SOUZA, G.S. **Vigilância sanitária no sistema local de saúde: o caso do Distrito Sanitário de Pau da Lima** - Salvador/Bahia. 2002. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2002.

TANCREDI FB, Barrios SRL, Ferreira JHGF. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1998. [Série Saúde e Cidadania].

TEMA – VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Abr/Mai, 2002.

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

**DANIEL VERGILINO FLORES NUNES**  
**EDELVINA MARIA ALVES**  
**LUCIANA BRAGA BALSAMÃO**  
**MARA MACHADO GUIMARÃES CORRADI**  
**MARCOS ANTÔNIO SACRAMENTO**  
**NATÁLIA DE SOUZA BAETA NEVES**  
**PAULO CEZAR NOGUEIRA**  
**ROSEMARIE ALICE BATISTA**  
**SIMONE COTTA SOARES SANTOS**

**VOZ DA SAÚDE: PROPOSTA DE COMUNICAÇÃO RADIOFÔNICA PARA  
DISCUSSÃO DE RISCOS SANITÁRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA REDE SUS-BH**

Belo Horizonte/MG

2012

**DANIEL VERGILINO FLORES NUNES**  
**EDELVINA MARIA ALVES**  
**LUCIANA BRAGA BALSAMÃO**  
**MARA MACHADO GUIMARÃES CORRADI**  
**MARCOS ANTÔNIO SACRAMENTO**  
**NATÁLIA BAETA NEVES**  
**PAULO CEZAR NOGUEIRA**  
**ROSEMARIE ALICE BATISTA**  
**SIMONE COTTA SOARES SANTOS**

**VOZ DA SAÚDE: PROPOSTA DE COMUNICAÇÃO RADIOFÔNICA PARA  
DISCUSSÃO DE RISCOS SANITÁRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA REDE SUS-BH**

Projeto Aplicativo apresentado ao Instituto Sírrio-Libanês de Ensino e Pesquisa para avaliação parcial do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária.

Orientadora: Marisa Dias Rolan Loureiro.

Belo Horizonte/MG

2012

**Ficha Catalográfica**  
**Biblioteca Dr. Fádlo Haidar**  
**Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**

**NUNES, D. V. F; ALVES, E. M.; BALSAMÃO, L.B.; CORRADI, M. M. G;**  
**SACRAMENTO, M. A.; NEVES, N. B.; NOGUEIRA, P.C.; BATISTA, R. A.,**  
**SANTOS, S.C.S.**

**Voz da Saúde: Proposta de Comunicação Radiofônica Para Discussão de**  
**Riscos Sanitários em Unidades de Saúde da Rede SUS-BH.**

Projeto Aplicativo - Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária  
2011-2/Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – São  
Paulo, 2012.

Xx p.

1. Vigilância Sanitária; 2. Risco Sanitário; 3. Educação em Saúde; 4. Rádio; 5.  
Comunicação em Saúde.

Cod XXX.

## RESUMO

O presente projeto apresenta uma proposta metodológica para a produção de programas utilizando a linguagem radiofônica, realizados de forma conjunta entre profissionais de vigilância sanitária e trabalhadores de unidades de saúde. Requerendo apenas o uso da voz e poucos recursos técnicos, o rádio presta-se muito bem à utilização por qualquer pessoa, independente de capacitação exaustiva. A ideia central é que cada programa sirva de ponto de partida para a realização de um novo programa, em uma outra unidade de saúde. Buscou-se articular o campo da comunicação com o da saúde e o da educação. É no processo de troca de saberes que os trabalhadores da saúde são instigados a investigar um fator que é muito caro a este campo: o risco sanitário, o qual pode ser entendido como a potência de causar agravos à saúde. Com o objetivo de guiar a implementação do projeto, foi realizado um projeto piloto para testar a metodologia para produção dos referidos programas de rádio. A aplicação da metodologia resultou em um programa de cerca de 6 minutos, produzido em conjunto com os trabalhadores do Centro de Saúde Dom Bosco, de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Ao avaliar o resultado do programa piloto, ficou clara a potencialidade de se trabalhar com a produção de áudio em conjunto com trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde. Tão importante quanto o programa de rádio, o processo de trabalho mostrou-se adequado para discutir o tema utilizando-se uma nova forma de abordagem, mais participativa e aberta às contribuições dos trabalhadores.

**Palavras Chave:** Vigilância Sanitária; Risco Sanitário; Comunicação em Saúde.

## ABSTRACT

This project presents a methodological proposal for the production of programs using radiofonic language, realized with professional of Sanitary Surveillance and workers of health unities. Requiring just the use of voice and little of technical resources, the radio works very well independent of the person who uses it, requiring no exhaustive capacitation. The main idea is that each program serves as initial point for the realization of a new, in another health unity. We tried to link the communication field with health and education field: is in the process of change of the knowledge that the health workers are instigated to investigate a factor that is very expensive for this field: sanitary risk, that can be understood like the potency to cause injuries to health. With the objective to guide the implementation of the project, was carried out a pilot project to test the methodology to the production of the referred radio programs. The application of the methodology resulted in a program of about 6 minutes, made with workers of the Health Center Dom Bosco, Belo Horizonte, Minas Gerais. When Evaluating the result of the pilot program, it became clear of the potentiality of work with the production of audio with workers of Basic Unities of Health. So important as the radio program, the process of work showed appropriate to discuss the theme, using a new form of approach, more participatory and open to contribution from workers.

**Key words:** Sanitary Surveillance; Sanitary Risk; Communication in Health

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População por faixa etária no território de abrangência do CSDB, BH/MG, 2010. .....	24
Tabela 2 - Produção mensal por procedimento, do CSDB, BH/MG, 2011.. ..	25

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das unidades próprias SUS-BH segundo tipologia, dezembro 2011. .....	22
Quadro 2- Número de profissionais por categoria, CSDB, BH/MG, 2012.....	25
Quadro 3 - Percepção de risco sanitário pelos funcionários CSDB em relação aos serviços assistenciais prestados .....	31
Quadro 4 Construção de Cenário .....	45
Quadro 5 Análise de Motivação dos Atores frente às Operações .....	44
Quadro 6 Plano de Ação .....	47
Quadro 7 Viabilidade financeira do projeto por Unidade de Saúde .....	85
Quadro 8 Produtos e resultados .....	86

## LISTA DE FIGURAS

### Como formatar para fim da margem

Figura 1– Mapa Belo Horizonte/MG, segundo distritos sanitários, 2012 21

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BH	Belo Horizonte
CD	Compact Disc
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSDB	Centro de Saúde Dom Bosco
ESF	Equipe Saúde da Família
GA41	Grupo Afinidade 41
GCSO	Gerência de Comunicação Social
GVISA	Curso de Gestão da Vigilância Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NEPEC	Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PA	Projeto Aplicativo
PP	Projeto Piloto
PR	Programa de Rádio
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	
<b>1.1 JUSTIFICATIVA</b> .....	
<b>1.2 Objetivos</b> .....	
1.2.1 Geral.....	
1.2.2 Específicos.....	
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	
<b>2.1 Risco Sanitário</b> .....	
<b>2.2 Comunicação em Saúde: A Onda do Rádio</b> .....	
<b>3.1 Histórico VISA no Brasil</b> .....	
<b>3.2 Território</b> .....	
<b>3.3 A Cidade e o SUS</b> .....	
<b>3.4 VISA Belo Horizonte em Serviços de Saúde</b> .....	
<b>3.5. Centro de Saúde Dom Bosco: O Espaço do Projeto Piloto</b> .....	<b>24</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	
<b>4.1 Identificação do Problema</b> .....	
<b>4.2 Avaliação do Cenário</b> .....	
<b>4.3 Descritor</b> .....	
<b>4.4 Árvore de Causa e Consequência e Definição dos Nós Críticos</b> .....	<b>28</b>
<b>4.5 Plano de Ação</b> .....	
<b>4.6 Programa Piloto</b> .....	
4.6.1 Seleção da unidade básica de saúde.....	
4.6.2 Apresentação do projeto para o CSDB.....	
4.6.3 Grupo de trabalho.....	
4.6.4 Percepção de risco pelos trabalhadores do CSDB.....	<b>2</b>
4.6.5 Produção conjunta do “Programa de Rádio”.....	
4.6.5.1 Primeiro encontro.....	
4.6.5.2 Segundo encontro.....	
4.6.5.3 Terceiro encontro.....	
4.6.5.4 Quarto encontro.....	
4.6.5.4.1 Avaliação feita pelos participantes do programa piloto.....	<b>34</b>
4.6.5.5 Avaliação da metodologia pelos autores do projeto.....	<b>36</b>
<b>4.7 Replicação da metodologia</b> .....	
<b>4.8 Produção e disponibilização do acervo</b> .....	
<b>5 VIABILIDADE FINANCEIRA DA PROPOSTA</b> .....	
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	

**REFERÊNCIAS** .....

**APÊNDICES**.....

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um projeto aplicativo (PA) que pode ser implementado pelo poder público, junto a unidades de saúde (US's) dos municípios. É resultado do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária (GVISA), oferecido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Trata-se de uma proposta metodológica para a produção de programas de rádio (PR's) envolvendo os trabalhadores das US's, que procura articular os campos da comunicação, educação e saúde. Mais precisamente, parte do pressuposto de que é possível que os funcionários se apropriem dos meios de comunicação e produzam seus próprios enunciados.

Dessa forma, o presente PA gravita em torno de um conceito de comunicação que se afasta da ideia de um polo produtor, que enuncia, e de um outro receptor, que consome o conteúdo produzido. Ao contrário, a proposta é romper com essa lógica e inaugurar um espaço compartilhado de produção de sentido, por meio de um processo interativo de troca de informações entre os atores envolvidos. É no processo de troca de saberes, da qualificação do enunciado, que se opera a articulação com o campo da educação.

No processo de reflexão sobre os seus afazeres cotidianos, os trabalhadores da saúde são instigados a investigar um fator que é muito caro a esta área: o risco sanitário, o qual pode ser entendido como a potência de causar agravos à saúde. Virtualmente presente nos processos, produtos e serviços acessados cotidianamente, requer um conjunto de ações que minimizem sua possibilidade de ocorrer. Este papel cabe, de forma preponderante, ao estado:

Embora o comportamento individual e coletivo seja importante para a redução dos riscos à saúde, é o estado quem efetivamente assume um papel fundamental para a adoção de todas as medidas possíveis e necessárias para evitar a existência, no ambiente social, de riscos de doenças e de outros agravos à saúde da população (AITH, 2009, p. 105).

A Lei Orgânica de Saúde reserva essa atribuição à VISA, ao defini-la como sendo: “um conjunto de ações capazes 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” (BRASIL, 1990, art. 6º, § 1º).

Em decorrência de suas atribuições, a VISA é a forma mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações dependem de articulações entre domínio econômico, jurídico-político e médico-sanitário além de exigir um amplo conjunto de conhecimentos, competências e habilidades para coordenar um projeto de intervenção que de fato possa

proteger e promover a saúde da população constituindo um grande desafio para os gestores (COSTA, 2001).

É para responder a esse desafio que foi elaborado o presente PA, o qual se propõe a desenvolver uma metodologia para incentivar a discussão, a democratização das informações e a mobilização dos profissionais para reflexão sobre riscos sanitários presentes na US. A partir da constatação da insuficiência de ações de comunicação em relação aos riscos sanitários decorrentes das práticas dos trabalhadores de saúde da rede municipal Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH)<sup>1</sup>, propomo-nos a desenvolver uma metodologia para produção de programas de rádio em conjunto com esses trabalhadores.

Para testá-la e compreender seus limites e potencialidades, realizamos um programa piloto (PP) no Centro de Saúde Dom Bosco (CSDB). Apesar de não ser veiculado em nenhuma rádio, chamamos de “Programa de Rádio” por lançar mão da linguagem radiofônica, o que por si só cria laços de afetividade, de familiaridade, já que o veículo está presente em 88,8%<sup>2</sup> dos lares brasileiros, além de sua presença em automóveis e aparelhos móveis, como MP3 e celulares.

Os trabalhadores envolveram-se com a produção do programa. As reuniões foram permeadas de contribuições e discussões sobre o tema escolhido. O que se viu foi uma intensa troca de conhecimentos, cujo objetivo final foi produzir um PR que refletisse o cotidiano do grupo, suas dificuldades, saberes e expectativas. No lugar de cartilhas já previamente elaboradas; uma construção coletiva, ainda que inconclusa.

No entanto, mais do que o produto final, é no processo de produção que se situa a importância da metodologia: a discussão coletiva propicia o compartilhamento de saberes e competências, instaurando um espaço intersubjetivo de troca de bens simbólicos. É dessa forma que o processo comunicativo contribui para a discussão de um tema que, a princípio árduo, vai aos poucos sendo incorporado nas práticas cotidianas dos trabalhadores envolvidos no processo. Como resultado do trabalho no CSDB, produzimos o PR “Voz da Saúde”, com seis minutos de duração e que foi gravado em *Compact Disk* (CD).

O presente trabalho tem como objetivo incentivar a discussão dos riscos sanitários e práticas de trabalho, por meio de ações de comunicação realizadas em conjunto com trabalhadores de saúde da rede municipal SUS-BH e está estruturado em três partes: a primeira contempla o referencial teórico, englobando o histórico da VISA, a questão do risco e a inserção da comunicação na saúde; a segunda descreve a metodologia empregada e a possibilidade de replicação da mesma e na terceira são apresentadas as considerações

---

<sup>1</sup> Foi realizado um levantamento das ações de comunicação junto à Gerência de Comunicação Social da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, conforme APÊNDICE C.

<sup>2</sup> Dados do IBGE (PNAD, 2008)

finais, ponderando as possíveis aplicações da metodologia em outras áreas de conhecimento.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Cabendo ao estado o papel de minimizar os riscos sanitários a que possa estar exposta a população, deve-se considerar o uso da comunicação como estratégia para atingir esse objetivo. É que a comunicação permeia a sociabilidade contemporânea e está imersa no tecido social e nas práticas cotidianas. É parte indissociável da paisagem social contemporânea. O projeto aplicativo (PA) propõe-se trabalhar também no campo da educação, não da educação formal, mas daquela que se estabelece nas relações de trabalho, privilegiando o espaço de troca de saberes. O Ministério da Saúde (MS) considera a importância da educação em VISA:

...ações de educação em saúde em vigilância sanitária podem colaborar para a promoção da saúde, considerando que a política de promoção da saúde deve atuar para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano (BRASIL, 2002, p. 28).

O presente PA busca suprir uma lacuna existente no município de BH e sua região metropolitana e se propõe utilizar a comunicação como possibilidade de criar um espaço de reflexão sobre o fazer cotidiano dos trabalhadores de saúde, explicitando os riscos sanitários envolvidos no processo e que possam causar danos à população.

A escolha do rádio se deve à facilidade de lidar com o meio, tanto do ponto de vista operacional (baixo custo, facilidade de captação) quanto da produção de enunciado. Requerendo apenas a utilização da voz, o veículo presta-se muito bem à utilização por qualquer pessoa, não requerendo uma capacitação técnica exaustiva.

Por fim, para que tivéssemos um balizador da aplicação da metodologia, desenhamos e implementamos um projeto piloto, nos moldes propostos por Piovesan, Temporini (1995, p.319), segundo os quais para:

...realizar uma pesquisa sobre fatores humanos, recomenda-se o estudo prévio da realidade, na fase de planejamento da pesquisa, com a finalidade principal de elaborar um instrumento baseado nas experiências reais dos sujeitos, no seu vocabulário e ambiente de vida... ainda definem piloto como uma realização em dimensões reduzidas, para experimentação ou adaptação de processos tecnológicos.

Para testar a proposta do PA foi desenvolvido um projeto piloto com a finalidade de verificar a viabilidade da sua execução, bem como a aceitação e participação dos trabalhadores no seu desenvolvimento. A realização do mesmo tem a importante função de

apontar os limites e potencialidades do PA, tornando sua implantação mais segura e com maior possibilidade de acertos.

## **1.2 Objetivos**

### 1.2.1 Geral

Incentivar a discussão do risco sanitário e práticas de trabalho, por meio de ações de comunicação realizadas em conjunto com os trabalhadores de saúde da rede municipal SUS-BH.

### 1.2.2 Específicos

- Demonstrar a viabilidade da execução de um programa de rádio em ações de educação em saúde relacionadas ao risco sanitário;
  
- Empregar a metodologia PR desenvolvida em outras UBS da rede municipal SUS-BH;
  
- Criar um acervo de programas de rádio para divulgação entre os trabalhadores de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Risco Sanitário

“A palavra “risco” significa perigo ou possibilidade de perigo; possibilidade de perda ou de responsabilidade pelo dano”. Compreender esta definição é fundamental para desenvolvimento de ações de VISA de maneira eficaz (CORRÊA, 2009).

Duarte, Teixeira (2009, p.02) afirmam que:

As atividades de Vigilância Sanitária são regidas pela identificação-informação-controle do risco presentes na vida contemporânea onde o consumo é o fetiche para as necessidades reais ou artificialmente criadas, inclusive de saúde.

O termo risco é considerado polissêmico, por ter diferentes significados. No senso comum, é tomado como perigo, expectativa de um evento desagradável, ruim ou indesejado. No campo científico, são diversos os significados, mesmo em uma única disciplina, embora, em muitas delas, encontre-se subjacente a idéia de incerteza ou de dimensionamento da mesma, tendo como base o conceito estatístico de probabilidade (GUILAM *et al.*, 2006).

No campo da saúde, o conceito de risco fundamenta as práticas da clínica e da saúde pública, cujos significados se desdobram da definição de risco utilizada na epidemiologia. Nesta “a linguagem do risco alcança sua formalização discursiva, tornando-se uma grandeza matemática” (AYRES, 2011).

Como dispõe a Constituição Federal (Brasil, 1988, art. 196), um dos deveres do estado para a garantia do direito à saúde é a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde. Para Aith, Dallari (2009) trata-se de tarefa de extrema complexidade, já que a própria noção do risco, ou especificamente do risco sanitário, depende de uma série de variáveis, destacando-se as econômicas, culturais, sociais, morais e políticas.

Segundo os mesmos autores, a noção do risco deve ser aplicada para a planificação e gestão; permite a identificação de grupos de maior vulnerabilidade, para os quais se deveriam voltar as prioridades da atenção à saúde. Vale ressaltar que esta é uma lógica implícita na vigilância à saúde, que, orientada pelo princípio da equidade, precisa identificar as desigualdades do adoecer e morrer. Neste caso, o risco se situa para além e para fora dos sujeitos, no âmbito da população e é produzido ou atribuído a coletivos humanos. É o estado que efetivamente assume o papel para adoção de todas as medidas possíveis e

necessárias para evitar a existência, no ambiente social, de riscos de doenças e de outros agravos à saúde da população.

## **2.2 Comunicação em Saúde: A Onda do Rádio**

O processo comunicativo está intimamente relacionado à produção e à circulação de conteúdo simbólico:

Em todas as sociedades os seres humanos se ocupam da produção e do intercâmbio de informações e de conteúdo simbólico. Desde as mais antigas formas de comunicação gestual e de uso da linguagem até os mais recentes desenvolvimentos da tecnologia computacional, a produção, o armazenamento e a circulação de informação e conteúdo simbólico têm sido aspectos centrais na vida social (THOMPSON, 1998, p.19).

Com o surgimento e popularização de meios de comunicação capazes de atingir grandes audiências a comunicação e, portanto, a produção e intercâmbio de conteúdo simbólico, passa a desempenhar papel fundamental nas relações sociais. Segundo Oliveira, (2000, p.73), o sistema de comunicação midiática é indissociável da paisagem da sociedade contemporânea e profundamente responsável por forjar nossas formas de perceber o mundo e de nos relacionarmos com o cotidiano social.

E é imerso nesse cotidiano social, dentro de casas, automóveis, dispositivos móveis, nas ruas das grandes cidades e no campo que o rádio leva suas ondas e, com elas, informações e conteúdo simbólico. Falando para uma grande audiência, o veículo precisa usar uma linguagem plástica, que possa moldar-se à diversidade de ouvintes e, ao mesmo tempo, seduzir a todos.

Para Farias (2011) a linguagem radiofônica é caracterizada pelo fato de atingir diversos sujeitos ao mesmo tempo. O texto escrito, para ser falado, trabalha com enunciados sedutores, combinando textos, a fala e os efeitos sonoros.

Ao atingir grandes audiências o rádio, assim com a televisão, tem como característica a unidirecionalidade, demarcando a cisão entre emissor e receptor: de um lado um polo produtor, que detém o domínio de escolher o que mostrar e a maneira de fazê-lo; do outro lado, o ouvinte, que não tem outro papel senão receber o que lhe chega através das ondas eletromagnéticas. Ainda que exista a possibilidade de intervenção por canais como o telefone e correio eletrônico, a participação do ouvinte é incipiente, mantendo um processo verticalizado de comunicação.

Fazendo parte da paisagem contemporânea, o rádio e sua linguagem, sua forma de falar, sua proximidade com o ouvinte, oferecem um campo fértil, quando colocado à

disposição de determinados grupos sociais, para a produção de conteúdo simbólico. E não é diferente na área de saúde. Ao abrir-se à participação no processo de produção, este tipo de ação comunicativa convida as pessoas ao protagonismo:

Participando do processo de fazer rádio, jornal ou qualquer outra modalidade de comunicação comunitária, as pessoas vivenciam um processo educativo que contribui para a sua formação enquanto cidadãos. Passam a compreender melhor a realidade e o mundo que as cercam. Aprendem também a trabalhar em grupo e a respeitar as opiniões dos outros, aumentam seus conhecimentos técnicos, filosóficos, históricos e legais, ampliam a consciência dos seus direitos. Desenvolvem a capacidade de expressão verbal. (...) Aprendem ainda a entender os mecanismos de funcionamento de um meio de comunicação – desde suas técnicas e linguagens até mecanismos de manipulação a que estão sempre sujeitos. De posse desse conhecimento, formulam espírito crítico capaz de compreender melhor a lógica da grande mídia. A melhor forma de entender a mídia é fazer mídia (PERUZZO, 2007, p.87).

Se a melhor forma de entender a mídia é fazê-la, a produção midiática na área de saúde, protagonizada pelos próprios trabalhadores, é uma estratégia de colocar em discussão os assuntos mais candentes do setor.

No campo da VISA, o risco sanitário tem importância central e pode ser discutido por meio da produção de uma ação comunicativa, como um programa de rádio. E se é no processo de produção que as pessoas encontram elementos capazes de alterar sua forma de perceber e estar no mundo, é nele que se deve dar ênfase, qualificando-o como espaço de troca de saberes, experiências e aprimoramento das práticas de trabalho.

### **3. CONTEXTO DE ATUAÇÃO**

#### **3.1 Histórico VISA no Brasil**

As ações de VISA tiveram início a partir do século XVIII devido à necessidade de impedir a propagação de doenças transmissíveis nos agrupamentos urbanos, que aumentavam em população e não em suas condições sanitárias básicas. Uma das primeiras medidas adotadas no Brasil foi a polícia sanitária do estado, que observava o exercício de algumas atividades profissionais e fiscalizava embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos (SOUZA *et.al.*, 2010).

No período que compreendeu as I e II guerras mundiais, os conhecimentos nas áreas de bacteriologia e terapêutica levaram à reestruturação da VISA no âmbito mundial. No Brasil, essa nova proposta e o crescimento econômico exigiram da VISA um aumento de suas atribuições (NASCIMENTO, 2010).

Segundo Costa *et. al.* (2008) no início da década de 70, a VISA passou a ter sua regulamentação que ainda perdura nos dias de hoje.

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do estado, garantida não só pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, mas também mediante políticas sociais e econômicas direcionadas à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988).

Entre as competências do SUS o constituinte enunciou: "executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador" (BRASIL, 1998, art. 200, inc. II)

Após a constituição, foram dois longos anos de discussão e pressão para que se aprovasse a Lei Orgânica da Saúde - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A Lei 9782/99, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 1999).

Atualmente a VISA, dentre outras atribuições, atua no controle de todas as etapas e processos das atividades direta ou indiretamente relacionados à saúde, como alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos, aparelhos e instrumentos de uso médico e odontológico, serviços de assistência e interesse à saúde; estabelece normas e regulamentos; concede ou cancela registro de produtos e autorizações de funcionamento de empresas; fiscaliza, atua em portos, aeroportos e fronteiras; monitora propaganda, preço de medicamento, qualidade de produtos e serviços; e atende denúncias do cidadão.

### **3.2 Território**

Belo Horizonte, capital de MG, fundada há 115 anos, possui um contingente populacional de, aproximadamente, 2,4 milhões de habitantes, com densidade populacional média de 7.177 habitantes por km<sup>2</sup>, com o Índice de Desenvolvimento Humano de 0,880 (IBGE/PNAD, 2008).

O Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 42,2 bilhões e PIB *per capita* de R\$ 17.313,06. O setor de comércio e serviços representa 67,5% do PIB, seguido pelo setor público (18,4%) e indústria (14,2%) (IBGE, 2008).

A população do município representa 48,3% da Região Metropolitana de BH (RMBH) estimada em 5.110.593 habitantes em 2009 (IBGE, 2010), sendo constituída por 34 municípios e o colar metropolitano por 14 (MINAS GERAIS, 2002).

Administrativamente está dividida em nove regionais, criadas com o objetivo de organizar a gestão do município. Cabe às administrações regionais a desconcentração e descentralização administrativas no âmbito de suas respectivas jurisdições, para atendimento ao público e outras atividades, promovendo a articulação com órgãos, entidades situadas na sua região, atendendo às diretrizes da administração municipal.

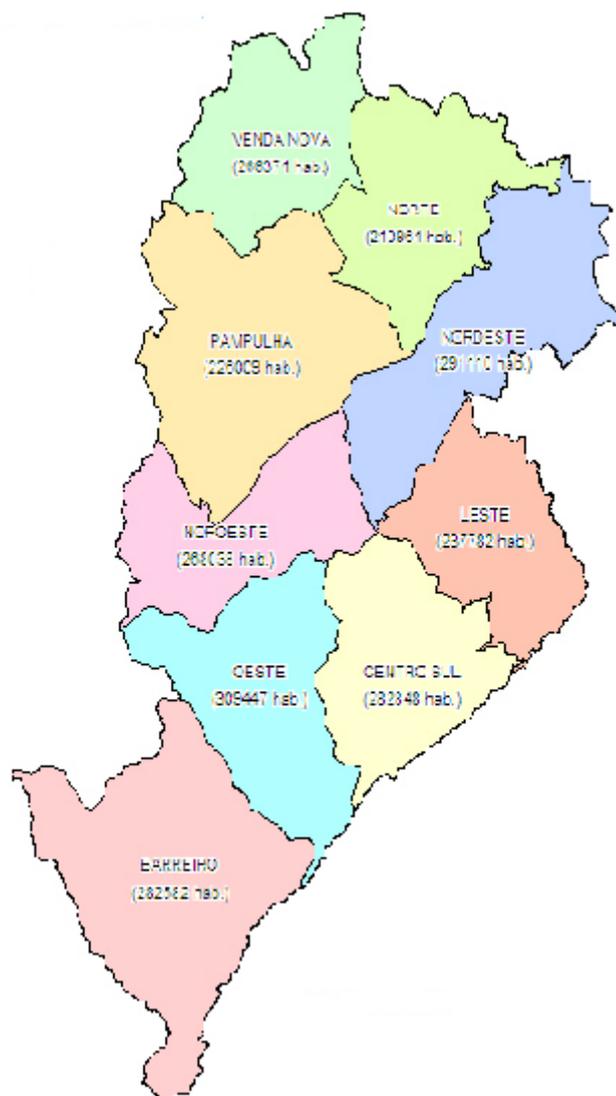


Figura 1– Mapa Belo Horizonte/MG, segundo distritos sanitários, 2012

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação/GVSI-PBH

### 3.3 A Cidade e o SUS

O SUS em BH é organizado em uma rede de atenção à saúde, composta por diferentes pontos e/ou equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, como a Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada/Rede Complementar, Atenção Hospitalar, Rede de Apoio Diagnóstico, Atenção às Urgências e Emergências, Apoio à Assistência e Vigilância em Saúde (BELO HORIZONTE, 2012, p.15).

A distribuição das unidades próprias do SUS-BH está representada no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição das unidades próprias SUS-BH segundo tipologia, dezembro 2011.

Tipo de unidade	Dezembro/ 2011
<b>Atenção Primária a Saúde</b>	
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	147
Academias da Cidade	41
<b>Atenção Especializada/Rede Complementar</b>	
Unidades de Referência Secundária	05
Centros de Especialidades Médicas	09
Centro de Convivência	09
Centro de Referência em Saúde Mental	07
Centro de Especialidades Odontológicas	03
Outros	12
<b>Atenção às Urgências e Emergências</b>	
Unidade de Pronto Atendimento	08
Unidade de Resgate	01
<b>Rede de Apoio Diagnóstico</b>	
Laboratórios	14
<b>Vigilância em Saúde</b>	
Laboratório de Entomologia/Bromatologia/ Zoonoses	03
Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais	01
Centro de Controle de Zoonoses	01
Central de Esterilização de Cão e Gato/ Unidade Móvel de Castração	04
<b>Apoio à Assistência</b>	
Farmácia Distrital	09
Central de Esterilização	08
<b>Rede Hospitalar</b>	
Hospital Municipal Odilon Behrens	01
<b>TOTAL</b>	<b>284</b>

Fonte: SMSA/SUS-BH.

No Plano Diretor de Regionalização do estado de MG, BH está classificado como município polo, micro e macrorregional na área de saúde. Exerce responsabilidade sanitária referente à atenção secundária e terciária.

Apresenta alta relevância para o SUS em MG, pois é polo da microrregião de saúde BH/Nova Lima/Caeté, com 13 municípios e uma população adscrita de 3.339.836 habitantes; e polo da macrorregião Centro, com 104 municípios e uma população adscrita de 6.357.604 habitantes.<sup>3</sup>

### **3.4 VISA Belo Horizonte em Serviços de Saúde<sup>4</sup>**

A atuação da VISA em BH está fundamentada na Lei Municipal 7031/96, a qual dispõe sobre a normatização dos procedimentos relativos à saúde pelo Código Sanitário Municipal, sendo que a municipalização das ações de VISA nos serviços de saúde foi iniciada em janeiro de 1998 por determinação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

Atualmente o quadro de recursos humanos conta com um número de 169 fiscais, sendo 54 de nível superior e 115 de nível médio. Esses profissionais estão distribuídos em nove regionais administrativas e no nível central/SMSA. Os fiscais no nível central realizam vistorias em estabelecimentos de saúde, excetuando odontológicos e laboratórios de análises clínicas; os de regional atendem aos demais estabelecimentos.

Para que a VISA-BH possa cumprir suas responsabilidades a metodologia de trabalho adotada se baseia na Programação Anual de Ações de VISA, que é o planejamento das atividades a serem realizadas, metas a serem alcançadas devidamente aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pactuadas com estado, sendo baseada:

- Na demanda espontânea (requerimento de Alvará de Autorização Sanitária);
- No atendimento a denúncias encaminhadas por munícipes;
- Nos processos de credenciamento SUS BH encaminhados por setores da SMSA – vistoria específica para verificação dos requisitos definidos nas portarias do Ministério da Saúde para os credenciamentos de serviços de saúde;
- No atendimento à demanda do Ministério Público, PROCON, Conselho Municipal de Saúde e outros.

Outras responsabilidades da VISA são:

- A análise e aprovação de projetos arquitetônicos dos estabelecimentos de saúde;

---

<sup>3</sup> Relatório Anual de Gestão, 2011 - Belo Horizonte, 2012

<sup>4</sup> Fonte: Gerência de Vigilância Sanitária de Belo Horizonte – SMSA BH

- A análise e aprovação de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

### 3.5. Centro de Saúde Dom Bosco: O Espaço do Projeto Piloto<sup>5</sup>

O CSDB é uma das 147 unidades de saúde pertencente à rede SUS do município de BH/MG e está situado no distrito sanitário Noroeste. Foi inaugurado em 1973, com o apoio financeiro da Igreja Católica representada pela Sociedade São Vicente de Paula, em 2005 a área física passou por ampliação.

O CSDB atende a um território de 14.648 pessoas, sendo a faixa etária predominante a economicamente ativa, ou seja, de 20 a 29 anos, correspondendo a 7.063 (48,2%) habitantes (Tabela 1).

Tabela 1 - População por faixa etária no território de abrangência do CSDB, BH/MG, 2010.

Faixa etária (anos)	Nº Hab.
0 - 4	653
5 - 9	750
10 - 14	971
15 - 19	1066
20 - 29	2742
30 - 39	2133
40 - 49	2188
50 - 59	1896
60 - 69	1095
70 - 79	797
80 e +	357
<b>TOTAL</b>	<b>1468</b>

Fonte: IBGE, 2010.

Observa-se que a estrutura física e atual do CSDB é inadequada para atender à demanda de usuários, funcionários, assim como às atividades assistenciais, administrativas e educacionais.

O mesmo possui todas as categorias profissionais presumidas para o desenvolvimento das atividades realizadas na unidade de saúde (Quadro 2).

<sup>5</sup> Fonte: Gerência do Centro de Saúde Dom Bosco

Quadro 2- Número de profissionais por categoria, CSDB, BH/MG, 2012.

Categoria	Número
Médico ESF	04
Enfermeira ESF	04
Auxiliar Enfermagem ESF	08
Agente Comunitário de Saúde	16
Cirurgião dentista	03
Técnico Higiene Dental	01
Auxiliar Consultório Dentário	03
Médico Clínico Geral	01
Pediatra	01
Psiquiatra	01
Psicólogo	02
Farmacêutico	01
Fonoaudiólogo	01
Nutricionista	01
Terapeuta Ocupacional	01
Fisioterapeuta	01
Auxiliar de Enfermagem	04
Agente de controle de endemias	09
Gerente	01
Gerente Adjunto	01
Administrativo	02
Auxiliar de serviços gerais	02
Porteiro	03
Guarda Municipal	01
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>

Fonte: CSDB/BH-MG

A unidade se caracteriza por prestar uma assistência primária aos usuários intervindo nas ações preventivas e atendimento a pacientes agudos e crônicos, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Produção mensal por procedimento, do CSDB, BH/MG, 2011.

Procedimento	Média mensal	Total /ano
Consulta médica	1373	16483
Consulta de odontologia	197	2371
Consulta de saúde mental (psiquiatria e psicologia)	101	1201
Dispensação de medicamentos	2503	30041
Visita de agente comunitário de saúde	1665	19989
Visita do agente comunitário de endemia	4442	53310

Fonte: Informação para Atenção Básica/FENIX/2011.

A abordagem do usuário se dá necessariamente através da Estratégia Saúde da Família (ESF) à qual ele está vinculado. A população é toda adscrita. O cadastro das famílias é permanentemente atualizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), permitindo o acompanhamento das mesmas.

No CSDB, existe uma organização administrativa que permite reuniões (semanais, quinzenais e mensais) entre as diferentes áreas de atuação de seus trabalhadores quando são discutidos casos, matriciamento, organização do processo de trabalho, retroalimentação, resultantes de dados epidemiológicos e estatísticos assim com de supervisão, colegiados, e educação permanente.

Quanto às ações junto à comunidade, estas são preventivas e educativas realizadas em visitas domiciliares, escolas, sala de espera da unidade, atividades coletivas junto a outros órgãos/associações/serviços buscando a intersetorialidade e a promoção da saúde.

## **4 METODOLOGIA**

O presente PA tem por finalidade desenvolver uma proposta de intervenção na área de comunicação para o fortalecimento da VISA da RMBH. O seu desenvolvimento seguiu os passos abaixo descritos.

### **4.1 Identificação do Problema**

Foi definido a partir do eixo escolhido para o projeto: comunicação. Após discussão foi decidida a abordagem dos trabalhadores de saúde da rede municipal SUS-BH e o tema risco sanitário.

Problema: “Insuficiência de ações de comunicação destinadas aos trabalhadores da saúde da Rede Municipal SUS-BH em relação aos riscos sanitários, decorrentes da prática profissional, aos quais a população é submetida”.

### **4.2 Avaliação do Cenário**

Foi realizada a identificação dos atores envolvidos no processo e avaliado seu provável posicionamento em relação à proposta para solução do problema apresentado, sendo o resultado constante nos Apêndices A e B.

### **4.3 Descritor**

O descritor adotado para este PA foi o número de ações de comunicação realizadas em conjunto com os trabalhadores de saúde da rede municipal SUS-BH que aborde riscos sanitários.

A identificação das ações de comunicação realizadas pela comunicação social da SMSA-BH que abordem riscos sanitários foi realizada a partir do levantamento junto à Gerência de Comunicação Social (GCSO), constante no Apêndice C. Desconsideraram-se ações pontuais que possam ter sido desenvolvidas em locais específicos.

Conforme relatado pela GCSO, existem ações pontuais voltadas para os trabalhadores com enfoque em datas comemorativas; realização de eventos com participação dos profissionais voltados para a população abordando a promoção da saúde. No entanto ações desenvolvidas conjuntamente com os trabalhadores e voltadas para seus pares não são realizadas.

Com relação à abordagem do risco sanitário o trabalho realizado pela GCSO foi apenas o desenvolvimento e impressão de material, como a criação de cartilhas, *folders* e outras peças gráficas.

O rádio já foi utilizado com a criação de uma estação para dicas, entrevistas ao vivo e mensagens, em eventos.

Avaliando as respostas podemos concluir que não existem ações de comunicação realizadas em conjunto com os trabalhadores de saúde da rede municipal SUS-BH que abordem riscos sanitários.

#### **4.4 Árvore de Causa e Consequência e Definição dos Nós Críticos**

Após a constatação de que o problema existia por meio do descritor, foi construída a árvore de causas e consequências e definidas as suas interrelações, bem como a identificação dos nós críticos (APÊNDICE D).

#### **4.5 Plano de Ação**

Identificado o problema, definidos os nós críticos e apontados os objetivos foi construído o plano de ação (APÊNDICE E). Dividido por objetivo específico o mesmo descreve as operações e as ações que precisam ser desenvolvidas para atingi-lo, fixando os prazos e os responsáveis pela execução.

#### **4.6 Programa Piloto**

O PA propõe a produção de PR em conjunto com os trabalhadores da rede SUS-BH. Com o objetivo de guiar a implementação do projeto radiofônico, foi desenvolvida e testada uma metodologia para produção dos mesmos, denominada Programa Piloto (PP), cuja

aplicação resultou em um programa com cerca de seis minutos, produzido em conjunto com os trabalhadores do CSDB.

#### 4.6.1 Seleção da unidade básica de saúde

Em BH existem 147 UBS. Por tratar-se de um teste da metodologia, optou-se por eleger um local cuja gerência fosse acessível e se mostrasse interessada em receber a experiência. Um dos membros do grupo de trabalho tinha contato com a gerente do CSDB que, a princípio, possuía essas características. Após o contato inicial por telefone, seguiu-se contato por email para acerto dos detalhes. O processo foi registrado formalmente por documento impresso (APÊNDICE F).

#### 4.6.2 Apresentação do projeto para o CSDB

A matriz inicial do projeto foi enviada à gerência do CSDB via email (APÊNDICE G).

Para apresentação da proposta aos trabalhadores do local escolhido, os representantes do grupo executor do PP participaram de uma reunião com oito representantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo dois representantes de cada uma das quatro equipes existentes e mais a direção da UBS.

Percebeu-se que a ideia central – realizar um programa de rádio – soava distante da realidade e do cotidiano da unidade. Terminada a participação do grupo na reunião, a equipe CSDB permaneceu reunida para discutir a proposta.

#### 4.6.3 Grupo de trabalho

Após a aprovação da proposta do PP pela gerência e pelos trabalhadores do CSDB, iniciamos a etapa de montar o grupo de trabalho. O convite foi feito a todos os trabalhadores do centro de saúde, tanto por meio de cartaz distribuído pela unidade (APÊNDICE H), quanto por divulgação realizada pela própria gerente.

#### 4.6.4 Percepção de risco pelos trabalhadores do CSDB

Para conhecer o perfil dos trabalhadores em relação ao risco sanitário, elaborou-se um documento, tipo questionário: “Percepção do risco sanitário pelos trabalhadores do

CSDB” (APÊNDICE I). O mesmo foi composto por um elenco de 19 riscos sanitários para que fossem classificados, segundo a percepção dos trabalhadores, em cinco categorias:

- 1 – risco muito baixo;
- 2 – risco baixo;
- 3 – risco médio;
- 4- risco alto;
- 5 – risco muito alto.

Os 19 itens foram selecionados a partir do roteiro de vistoria para unidades de saúde da VISA-BH e analisados quanto ao critério “potencial para produção de um PR”. Somente fizeram parte do elenco os itens que, na percepção do grupo de especializandos, satisfizeram esse critério.

Antecedendo a aplicação junto aos trabalhadores do CSDB e visando aferir a objetividade e o entendimento do questionário, foi realizado um pré-teste com quatro trabalhadores da área de saúde de outro município da RMBH.

Após a validação do instrumento de coleta de dados, foi realizada a aplicação de forma individual junto aos trabalhadores do CSDB. Nesta etapa participaram 20 dos 80 profissionais da unidade (25%). A participação foi voluntária e todos os trabalhadores que fizeram parte do grupo de trabalho responderam ao questionário.

Além de conhecer a percepção de risco dos trabalhadores, o documento serviu para discutir os riscos sanitários presentes no centro de saúde e selecionar aquele que seria trabalhado no programa de rádio. Cada participante atribuiu uma nota de 1 a 5 para cada um dos itens. Os resultados foram tabulados somando-se as notas atribuídas a cada participante para os itens avaliados. A nota máxima a ser alcançada para cada item é 100 pontos, resultante do número de participantes da pesquisa (20) pela nota máxima (5). O Quadro 2 apresenta o resultado da aplicação do questionário.

Quadro 3 - Percepção de risco sanitário pelos funcionários CSDB em relação aos serviços assistenciais prestados

<b>Risco Sanitário</b>	<b>Pontuação</b>
Aplicação de injetáveis sem observação dos cuidados necessários	96
Erro na dispensação de medicamentos	94
Uso de instrumental com processamento inadequado em procedimentos médicos invasivos	92
Uso de instrumental com processamento inadequado em procedimentos odontológicos	85
Uso de insumos (medicamentos, saneantes, álcool 70, etc.) sem registro no Ministério da Saúde	86
Triagem dos pacientes realizada de forma inadequada	79
Estrutura física da unidade inadequada	73
Realização de procedimentos (curativo, sonda, inalação, etc.) sem observação dos cuidados necessários	93
Uso de produtos com data de validade vencida	84
Reaproveitamento de vasilhames	81
Falta de troca de lençol entre o atendimento dos pacientes	73
Falta de desinfecção de travesseiros, colchões e cadeiras odontológicas	70
Falta de manutenção dos equipamentos médicos e odontológicos	68
Presença de animais sinantrópicos no estabelecimento (ratos, baratas, moscas, etc.)	76
Higienização inadequada das mãos	81
Falta de materiais e equipamentos na assistência ao paciente	82
Gerenciamento inadequado dos resíduos de saúde	77
Ausência de cursos e treinamentos profissionais	79
Ausência de procedimentos operacionais padronizados (POP) aplicáveis à unidade	73

Fonte: Questionário respondido pelos entrevistados

#### 4.6.5 Produção conjunta do “Programa de Rádio”

O grupo foi composto por oito pessoas, sendo:

- Dois agentes de controle de endemias;
- Três agentes comunitários de saúde;
- Uma enfermeira;

- Um cirurgião dentista;
- Um auxiliar de consultório dentário.

A produção do PR foi realizada em quatro encontros, com duração de três horas, totalizando 12 horas. Nesse período os trabalhadores foram dispensados de suas funções, também foi considerado o horário em que a unidade de saúde tinha menor demanda de atividades.

Para a replicação da metodologia proposta para produção do PR foi relevante considerar as características do grupo, o ritmo de trabalho, envolvimento na produção e outros fatores que poderão influenciar no tempo de realização do trabalho.

A descrição das atividades realizadas em cada encontro deve servir de base para a elaboração do cronograma de trabalho quando da replicação do projeto.

#### 4.6.5.1 Primeiro encontro

1- Apresentação dos grupos: autores do projeto e trabalhadores do CSDB;

2- Discussão: a linguagem do rádio, os gêneros e formatos radiofônicos, utilizando texto de apoio (APÊNDICE J);

3- Apresentação ao grupo: características de um roteiro radiofônico;

4- Exercício: desconstrução de um PR, após ouvir um programa já gravado (Saúde com Ciência – UFMG, 2012), produzimos o que seria o roteiro do mesmo;

5- Início da construção do roteiro do PR;

6- Avaliação do encontro pelo grupo de trabalhadores CSDB: segundo o grupo o sentimento geral foi de descoberta. Todos mencionaram, em algum grau, o fato de terem ficados surpresos com a possibilidade de participar da produção de um programa de rádio;

7- Avaliação dos autores: o grupo de trabalhadores foi receptivo, a metodologia proposta foi aceita e cumpriu o objetivo proposto para o encontro.

#### 4.6.5.2 Segundo encontro

1- Discussão do risco sanitário, eleito como o maior índice na percepção dos trabalhadores do CSDB.

2- Escolha do nome do programa: “A Voz da Saúde”.

3- Implementação do PR com base no pré-roteiro; foi desenvolvido o roteiro do programa de rádio, definidas as técnicas (trilhas, vinhetas, peça radiofônica etc.) e o áudio.

4- Escolha entre os participantes para locução e entrevistas: alguns participantes se ofereceram para desempenhar as funções e outros foram indicados pelo próprio grupo. Foram escolhidas duas profissionais do próprio CSDB para serem entrevistadas, sendo uma auxiliar de enfermagem e outra enfermeira.

5- Elaboração da pauta (APÊNDICE K): as perguntas foram propostas pelo grupo de condução da oficina e discutidas pelos participantes, sendo alteradas de acordo com as contribuições.

6- Aprovação do roteiro: foi feita a leitura do roteiro elaborado, discutidas as alterações e aprovado pelo grupo.

7- Aprovação do cronograma semanal: estabeleceram-se os dias e horários da gravação das entrevistas;

8- Avaliação do encontro pelos autores do projeto: neste encontro o grupo estava mais participativo e trouxe muitas ideias e contribuições. Pode-se perceber que, com a elaboração do roteiro, houve maior percepção do produto final, o que tornou o grupo mais motivado.

#### 4.6.5.3 Terceiro encontro

1- Revisão no roteiro: houve enriquecimento com a contribuição de todos do grupo;

2- Aprovação do roteiro final (APÊNDICE L);

3- Realização das entrevistas com a auxiliar de enfermagem e com a enfermeira;

4- Gravação das locuções;

5- Apresentação do processo de edição do “Programa de Rádio” para o grupo: foi realizada uma demonstração com o programa que foi utilizado o *audacity*®, um *software* livre, de código aberto, gratuito e que também serve para gravar o áudio. O mesmo encontra-se disponível em: <http://audacity.sourceforge.net/?lang=pt>. Foi utilizado para captação de áudio um gravador digital Micro-track II da M-Audio® e um microfone dinâmico super cardioide Samson®, modelo Q7.

6- Avaliação do encontro pelos autores do projeto: o grupo esteve muito disponível e participativo. O trabalho de gravação de áudio é bastante dinâmico e despertou

a atenção do grupo. O participante que iria fazer as entrevistas não pôde comparecer e prontamente foi substituído por outro.

#### 4.6.5.4 Quarto encontro

1- Audição coletiva do PR “A Voz da Saúde”, com a presença dos trabalhadores que participaram da produção, autores do projeto, gerente e subgerente do CSDB. A mesma ocorreu em clima festivo e animado, com comentários sobre as passagens do programa e muita atenção da plateia;

2- Avaliação do programa e do processo de produção pelo grupo de trabalhadores do CSDB: optamos por fazer a avaliação de forma oral, com depoimentos dos participantes, sem roteiro pré-elaborado. O áudio foi gravado e a transcrição encontra-se no Apêndice M;

3- Regravação de passagens do programa com base nas sugestões: foram feitas no mesmo encontro;

4- Assinatura da “Autorização para uso de áudio e imagem” (APÊNDICE N);

5- Avaliação do encontro pelo grupo de autores do projeto: o encontro foi muito importante para fechar o processo de produção do programa. A presença da gerência, com participação ativa na avaliação, foi positiva por explicitar para o grupo a importância dada à realização do PR na unidade.

##### 4.6.5.4.1 Avaliação feita pelos participantes do programa piloto

Os funcionários do CSDB que participaram do PP avaliaram a metodologia e o seu desenvolvimento, por meio de depoimentos espontâneos gravados em áudio no encerramento do PP e aqui eles serão identificados pelo nome de flores, sendo que as falas foram transcritas na íntegra:

- Metodologia/Processo de Trabalho:

Rosa: ... *“achei interessante, é um trabalho diferente, desperta a curiosidade das pessoas, o interesse vai surgindo aos poucos...”*

Violeta: ... *“achei interessante, até a forma de como foi construído, a gente aumentou o conhecimento a partir daí, e até como transmitir, orientar, passar para população...”*

Rosa: ... *“na primeira reunião, por exemplo, o que eu percebi, é que as pessoas ficaram meio receosas de participar, quando a gente ia chamar, fica preocupada com o que eu vou fazer, não só pela questão da voz, mas pelo o que ia se tratar esse trabalho...”*

Rosa: ... *“aí depois, na segunda reunião o pessoal começou a se soltar mais, viu o quê que era, gostou da ideia...”*

Gardênia:... *“também gostei muito, eu levei dois encontros para começar a entender o que era de verdade, eu fica assim: eu não estou conseguindo pensar, a cabeça da gente é tão travada, acabando ficando muito específico, uma visão muito limitada da nossa própria área...”*

- Aprendizagem Sobre o Risco Sanitário de Aplicação de Fármacos Injetáveis:

Begônia: ... *“eu achei muito legal, coisas que a Márcia (entrevistada) falou, eu como mãe, muita coisa que eu não sabia, então assim, gostei muito de participar...”*

Lírio: ... *“uma forma mais diluída para os colegas mesmo, para o entendimento de como é o processo, de uma simples aplicação...”*

Lírio: ... *“fez a gente lembrar de um tanto de coisas que a gente pratica e do cuidado dessa atividade, dessa assistência, que isso é risco...”*

Gardênia: ... *“sentados para refletir nosso trabalho, que a gente dá conta da gravidade da coisa e dos riscos que a gente está exposta e não consegue mensurar o risco...”*

- Interferência do Processo nas Relações do Grupo Participante

Gardênia: ... *“todo mundo trocou muita informação, muita coisa que não sabia, e no geral, aquela grande brincadeira, aquela coisa de achar que só pode falar sério, tudo é sério, tudo é grave, então de uma forma lúdica conseguiu dar o recado...”*

Flor: ... *“achei muito interessante, uma forma muito agradável de mostrar coisa séria, de forma agradável e que as pessoas vão aprender mesmo, seria bem bacana de colocar isso para frente...”*

Lírio: ... *“gostei dessa participação multiprofissional, do pessoal das ACS, da zoonose, da empolgação de cada um...”*

- Percepção sobre a VISA e da nova forma de abordagem:

Lírio: ... *“Ah! Vigilância vem! Ai meu Deus! Preferível o capeta do que a Vigilância... É a vigilância vai pegar você vai quase que te comer! Sabe? Fica um mito da Vigilância... Sabe? Em cima da gente... E essa forma aí é uma forma bacana! Falei: olha! O povo da Vigilância é legal! ... Quando falava assim: a Vigilância vai vir aqui amanhã... Falava: não*

*tem jeito do capeta vir? A Vigilância é muito pesada! Então isso é uma forma também de falar que trabalhamos juntos, lado a lado, no mesmo lado. Não é a Vigilância lá, né? Mas é a visão que a gente tem que é essa...”*

*Gardênia:...”É o que ele acabou de falar, a questão do que está fechando aí é uma parceria...”*

*Gardênia: ...”Eles não vão vir para fiscalizar, vão vir para ajudar a gente!...”*

*Lírio: ...”É bacana! A visão que a gente tinha mesmo era assim: é o povo que vem aqui para pegar alguma coisa... Não, vem para somar... Olha aí... Vem para... Vamos pensar, vamos refletir, vamos analisar? É diferente! E eu acho que esse estudo de vocês é muito interessante! Eu te garanto que tem gente na rede com esse pensamento! Então isso é novo! Novo!”*

#### 4.6.5.5 Avaliação da metodologia pelos autores do projeto

Metodologia/Processo de Trabalho: Os participantes acharam interessante, uma proposta que desperta a curiosidade, uma maneira diferente, “suave de passar o conhecimento” e de reflexão dos processos de trabalhos realizados rotineiramente no CSDB.

Nos primeiros dois encontros os participantes estavam bastante apreensivos, com receio de participar, de não terem uma dicção e ou uma voz adequada para gravação em áudio. Após o terceiro encontro os participantes compreenderam melhor a proposta e espontaneamente as idéias foram surgindo, assim como as sugestões para o desenvolvimento do PP.

#### Aprendizagem Sobre o Risco Sanitário de Aplicação de Fármacos Injetáveis:

Após os participantes elegerem o risco sanitário (aplicação de fármacos injetáveis) com que iríamos trabalhar no PP, o grupo começou a se sentir mais confortável para participar e alguns deles aprenderam muito sobre o assunto.

Segundo eles, a partir de então, foi criado um espaço para discussão do tema, quando foi possível conhecer melhor os riscos envolvidos e a importância dessa assistência, por meio de entrevistas (sonoras) gravadas com profissionais da área.

#### - Interferência do Processo nas Relações do Grupo Participante

Avaliaram ainda ter sido de grande relevância a oportunidade da reflexão sobre a aplicação de fármacos injetáveis, a exposição e a mensuração dos riscos que oferecem aos profissionais de saúde, além de considerarem positivos a metodologia proposta e o produto alcançado com a gravação do áudio, resultando em um trabalho multiprofissional de fácil compreensão.

A utilização da metodologia para produção de PR revelou ser de grande potencialidade.

A partir do conhecimento da forma de trabalho, os envolvidos se apropriaram da mesma e conseguiram desenvolver uma discussão que abordou as questões rotineiras do trabalho, sem que houvesse críticas ou apontamentos de formas inadequadas de realização da tarefa.

Ressalta-se que o processo de construção do PP foi tão importante quanto o “programa” em si. Quando se falou em trabalhar uma ação de comunicação “com” e não “para” os trabalhadores, mostrou-se exatamente esse processo. O PR, para aqueles que participaram da produção, teve um valor simbólico muito maior do que um programa feito por uma produtora profissional “para” eles.

O PP apontou a potencialidade de se trabalhar com a produção de áudio em conjunto com os trabalhadores da UBS’s, sendo possível discutir um assunto árduo utilizando-se uma nova forma de abordagem, mais participativa e aberta às contribuições dos mesmos.

#### Percepção sobre a VISA e da nova forma de abordagem:

Outra questão importante foi a mudança positiva da visão dos trabalhadores em relação à VISA. A utilização desta metodologia de educação e comunicação possibilitou atingi-los, facilitando a discussão de um tema fundamental, “o risco sanitário”, e permitindo que a sua atuação seja realizada com um formato diferente.

### **4.7 Replicação da metodologia**

Um dos objetivos do PA é que, depois de realizado o PR em uma unidade, ele possa ser implementado em outra, partindo daquilo que foi construído. Para isso, deve-se seguir a metodologia proposta pelo PP, inserindo como primeira atividade do grupo a audição qualificada do programa de rádio da unidade anterior, seguindo o roteiro proposto (APÊNDICE P).

#### **4.8 Produção e disponibilização do acervo**

A cada conjunto de 10 “Programas de Rádio” deverá ser produzido um CD para compor o acervo do projeto. O mesmo poderá ser distribuído para unidades interessadas, como forma de divulgação do projeto e como incentivo para adesão de novas unidades. O acervo deverá, também, ser disponibilizado em arquivo digital, via internet.

## **5 VIABILIDADE FINANCEIRA DA PROPOSTA**

A implantação do PA está estimada entre R\$ 1.175,00 e R\$ 3.040,00, de custo fixo, e R\$ 622,00 e R\$ 2.000,00 para despesas mensais, conforme demonstrado no APÊNDICE Q.

Podemos considerar que o projeto é viável economicamente, uma vez que seu custo é relativamente baixo.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo apresentou uma proposta de ação de comunicação em UBS com objetivo de transformar a percepção dos trabalhadores de saúde em relação aos riscos sanitários, por meio da discussão de suas práticas de trabalho.

Ficou demonstrado que a articulação dos campos da saúde, educação e comunicação potencializa a discussão dos riscos e a troca de experiências pode resultar em um profissional mais qualificado, capaz de identificar melhor os riscos sanitários e atuar na sua prevenção.

A realização do PP confirmou a viabilidade da proposta: houve envolvimento dos trabalhadores durante toda a produção do PR; os participantes avaliaram a experiência como positiva, relatando o aprendizado em relação ao risco sanitário e manifestando satisfação em ter participado do processo; o produto final (CD com o PR) foi devidamente concluído e reflete a participação ativa do grupo envolvido.

## REFERÊNCIAS

AITH, F.; DALLARI, S. G. **Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde**. Rev. Direito Sanit., São Paulo, v. 10, n. 2, out. 2009. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-41792009000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792009000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Pesquisa em 26 mar. 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, July 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700006&lng=en&nrm=iso)>. Pesquisa em 15 Aug. 2012.

BELO HORIZONTE. **Relatório Anual de Gestão 2011** – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2012. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=intranetpbh&tax=15099&lang=pt\\_BR&pg=6661&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=intranetpbh&tax=15099&lang=pt_BR&pg=6661&taxp=0&) Pesquisa em 04 maio 2012

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080\\_90.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/8080_90.htm). Pesquisa em 29 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 9.782, de 26 de Janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 27/01/1999a. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_9782\\_99.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf). Pesquisa em 29 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 21. ed., São Paulo: Saraiva, 1999b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Pesquisa em 29 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **Vigilância em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro6b.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro6b.pdf). Pesquisa em 28 abril 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio 2008 Síntese de Indicadores 2008. Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em: <http://download.uol.com.br/downloads/windows/sintesepnad2008.pdf>.  
Pesquisa em 03 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Conselho Nacional de Secretários da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Especialização em gestão da vigilância sanitária: caderno do curso** - São Paulo, 2011.

CORRÊA, A. C. **Gestão do risco sanitário no Brasil e a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Universidade de Brasília. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Dissertação de Mestrado. Brasília/DF, abril/2009. Disponível em: [http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7938/1/2009\\_AtilaCoelhoCorrea.pdf](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7938/1/2009_AtilaCoelhoCorrea.pdf). Pesquisa em 28 abril 2012.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária, Proteção da saúde**. In: Direito Sanitário e Saúde Pública, Coletânea de textos, v. I. Ministério da Saúde/DF-2003. Disponível em: [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/artigos/vigilancia\\_sanitaria\\_protecao\\_sau\\_de.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/artigos/vigilancia_sanitaria_protecao_sau_de.pdf). Pesquisa em 28 abril 2012

COSTA, E. A.. **O trabalhador de vigilância e a construção de uma nova vigilância sanitária: profissional de saúde ou fiscal?** Texto elaborado a partir da exposição da autora no 6.º Seminário Temático da Anvisa. 02 maio 2001. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/trab\\_vigi\\_san.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/trab_vigi_san.pdf). Pesquisa em 08/06/12

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. **A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999)**. Ciência & Saúde Coletiva. 13(3)995-1004. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/21.pdf>. Pesquisa em: 23/06/12

FARIAS, G. M. A.. **Linguagem e jornalismo: uma reflexão do discurso radiofônico no ciberespaço**. ECCOM, v. 2, n. 3, p. 52-65, jan/jun., 2011. Disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/eccom/article/view/426/279>. Pesquisa em: 15/05/12

CASTIEL L.D, GUILAM M.C.R, FERREIRA, M.S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p. Coleção Temas em Saúde.

<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=estatisticas>, Pesquisa em 06/03/2012.

MINAS GERAIS. **Lei complementar 63, de 10/01/2002** - Altera os artigos 7º e 21 da Lei Complementar nº 26, de 14 de janeiro de 1993, que estabelecem a composição da Região Metropolitana de Belo Horizonte e de seu Colar Metropolitano. Disponível em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufmg.br%2Fproplan\\_site\\_antigo%2Fdcf%2Fdiarias\\_passagens%2Flegislacao%2Flei\\_complementar63-](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufmg.br%2Fproplan_site_antigo%2Fdcf%2Fdiarias_passagens%2Flegislacao%2Flei_complementar63-)

[2002.doc&ei=LpQIUln0HcXs6wG9iIC4Bg&usq=AFQjCNE1bxKhWQgMx-K6yLYMa\\_XOendCA&sig2=klrr9O2MSfjBXQAPX2T97Q](#). Pesquisa em: 12/05/12

MOLAK, V. **Fundamentals of Risk Analysis and Risk Management**. Boca Raton: Lewis Publishers. 1997

NASCIMENTO, E. M. **A evolução da vigilância sanitária no Brasil**. Publicado em: 04/05/2010. Disponível em: <http://www.artigonal.com/saude-artigos/historia-da-vigilancia-sanitaria-no-brasil-uma-revisao-3211871.htm> Pesquisa em 06 jun. 2012

OLIVEIRA, V. C. **A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 4, n. 7, Aug. 2000 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200006&lng=en&nrm=iso)>. Pesquisa em 05 ago. 2012.

PERUZZO, C. M.K. **Televisão comunitária: dimensão pública e participação cidadã na mídia local**. Rio de Janeiro: Mauad, 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.../781>. Pesquisa em: 15/05/23

PIOVESAN, A.; TEMPORINI E.R. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para estudos de fatores humanos no campo da saúde pública**. Rev Saúde Pública 1995;29:318-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10>. Pesquisa em: 15/05/12

SOUZA, T. O.; SOUZA, S. A.; CONSTÂNCIO, J. S.; *et al.*, **HISTÓRIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL: UMA REVISÃO**. Publicado em: 06/09/2010. Disponível em: <http://www.artigonal.com/saude-artigos/historia-da-vigilancia-sanitaria-no-brasil-uma-revisao-3211871.htm> Pesquisa em 02 jul. 2012

THOMPSON, J. **Ideologia e cultura moderna – teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis: Editora Vozes. 1999. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=15722&lang=pt\\_BR&=5922&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticas&tax=15722&lang=pt_BR&=5922&taxp=0&), Pesquisa em 06 mar. 2012

Falta a bibliografia da Natália: Duarte / Guilam / Leal / Brasil 2009 e as que estão em vermelho no texto...

## APÊNDICE A - Construção de cenários

Quadro 4 Construção de cenário

Variáveis	Cenários		
	Favorável	Provável	Desfavorável
1. Sensibilização do gestor de saúde quanto à importância e viabilidade do projeto	X		
2. Adesão das unidades de saúde ao projeto	X	X	X
3. Aquisição de equipamentos para o desenvolvimento do projeto	X	X	
4. Integração da Gerência da VISA e Gerência de Comunicação	X	X	
5. Percentual de ocorrência	100%	75%	25%

## APÊNDICE B – Análise do Cenário

Quadro 5 Análise da motivação dos atores frente às operações

Conjunto dos Atores Sociais	Estabelecer parceria entre a VISA e a GCISO/SMSA BH para implementação da metodologia desenvolvida		Realizar a audição do CD gravado		Discutir com os trabalhadores os riscos identificados pela US que realizou o programa piloto e sua relação com a nova US		Realizar um programa de rádio com a US		Produzir CD com o novo programa		Compilar os programas criados	
	Int.	Valor	Int.	Valor	Int.	Valor	Int.	Valor	Int.	Valor	Int.	Valor
Habitante BH	0	B	0	B	0	B	0	B	0	B	0	M
Conselheiro Municipal de Saúde	+	A	0	B	0	M	0	M	0	B	+	A
Secretário Municipal de Saúde	+	A	0	B	+	A	+	A	0	B	+	A
Gerente de Vigilância em Saúde e Informação	+	A	0	B	+	A	+	M	+	A	+	A
Gerente da Vigilância Sanitária	+	A	+	A	+	A	+	A	+	A	+	A
Fiscal Sanitário Municipal	+	B	0	M	0	M	0	M	0	B	+	B
Gestores da rede municipal SUS BH	+	M	0	B	+	M	0	M	0	M	0	M
Trabalhadores de saúde	+	M	+	A	+	M	0	M	0	B	0	B
Vereador	+	A	0	M	+	A	0	M	0	B	+	A
Promotor de Justiça	+	A	0	B	0	B	0	B	0	B	+	A
Prefeito	+	A	0	B	0	B	0	B	0	B	+	A
Profissional da comunicação	+	A	+	A	0	B	+	A	+	A	+	A

Interesse: (+) a favor; (0) indiferente; (-) contra.

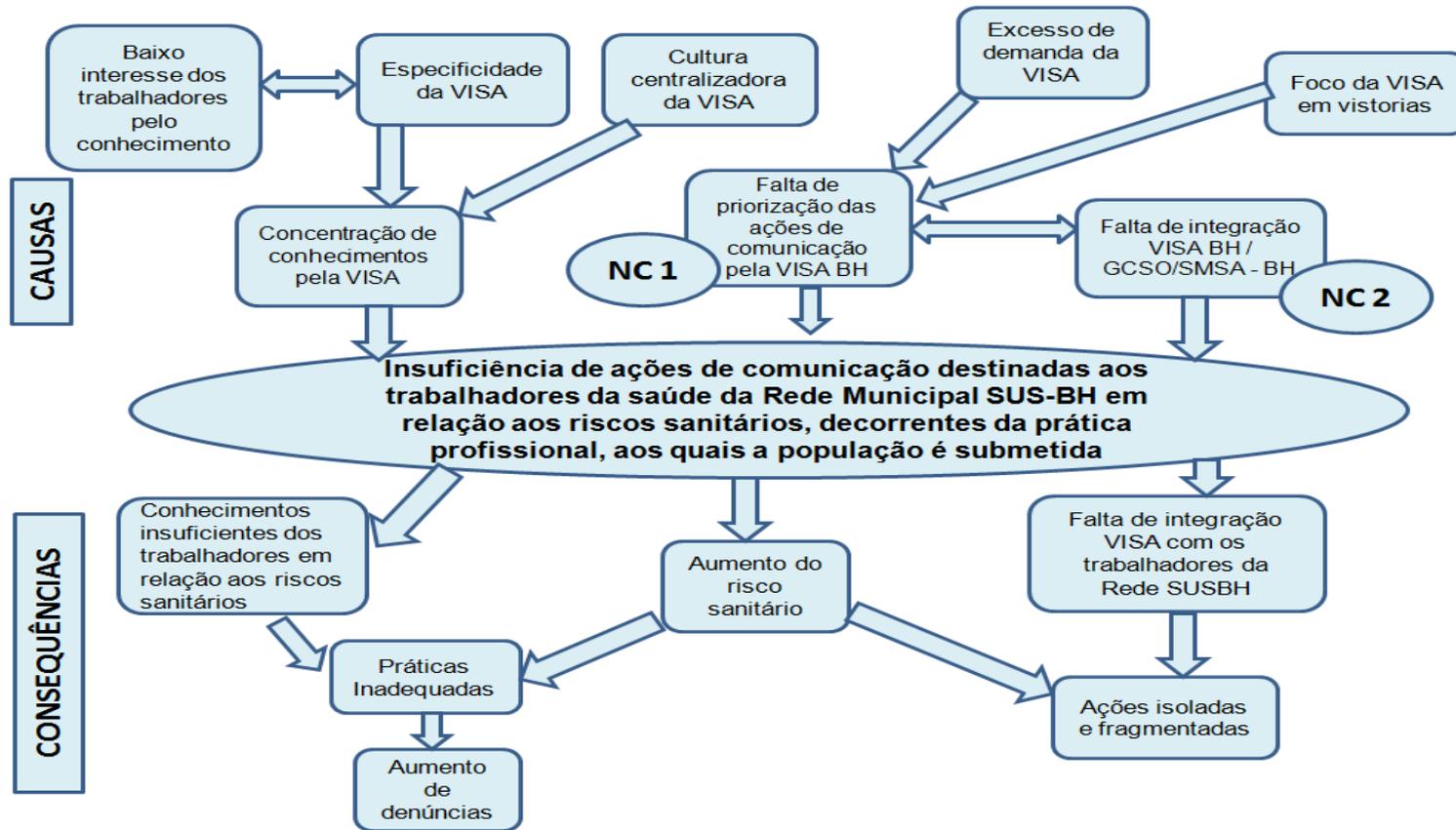
Valor: (A) Alto; (M) Médio; (B) Baixo

OBS: Não foram consideradas as operações relativas ao projeto piloto já executadas

### **APÊNDICE C – Levantamento de Ações de Comunicação da SMSA BH**

- 1- Como são a organização e o funcionamento da gerência de comunicação social da SMSA BH?
- 2- Existem ações de comunicação voltadas para os trabalhadores? Quais?
- 3- Como é iniciada a demanda?
- 4- Existe alguma ação de comunicação desenvolvida que aborde os riscos sanitários? Quais?
- 5- Existe alguma ação de comunicação construída com os trabalhadores? Quais e como são realizadas?
- 6- Existe alguma ação de comunicação desenvolvida conjuntamente com os trabalhadores e voltado para os seus pares? Quais e como são realizadas?
- 7- Já foi desenvolvida alguma ação da comunicação utilizando o rádio? Quais?
- 8- Caso haja demanda existe interesse da gerência de comunicação em participar de um projeto de produção de programas de rádio em parceria com a gerência de vigilância sanitária e trabalhadores de saúde da rede municipal SUS BH?

## APÊNDICE D - Árvore de Problemas



## APÊNDICE E – Plano de Ação

Quadro 6 Plano de Ação

Objetivo geral: Incentivar a discussão dos riscos sanitários e práticas de trabalho, por meio de ações de comunicação realizadas em conjunto com os trabalhadores de saúde da rede municipal SUS-BH			
Objetivo específico 1- Demonstrar a viabilidade da execução de um programa de rádio em ações de educação em saúde relacionadas ao risco sanitário			
Causa: Falta de priorização de ações de comunicação pela VISA-BH			
Operação	Ação	Prazos (2012)	Responsáveis
Operação 1- Construir parceria com a unidade de saúde para realização do programa	Ação 1- Identificar a unidade de saúde para desenvolvimento do programa piloto	Abril	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 2 – Contatar a gerência da unidade de saúde escolhida (Centro de Saúde Dom Bosco - CSDB)	Abril	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 3- Reunir com gerência do CSDB para apresentação da proposta	Abril	Especializandos GA41 GVISA
Operação 2 - Mapear a percepção dos trabalhadores da saúde da rede municipal SUS-BH, de riscos sanitários decorrentes de suas práticas	Ação 1 - Criar instrumento para diagnóstico dos riscos sanitários prevalentes no CSDB	Abril e maio	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 2 - Validar instrumento para diagnóstico	Maio	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 3 - Aplicar instrumento para diagnóstico dos riscos sanitários prevalentes na unidade	Maio	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 4- Consolidar os dados obtidos	Maio	Especializandos GA41 GVISA

Continuação

Operação 3 - Desenvolver programa de rádio piloto em uma unidade básica de saúde	Ação 1- Definir formato do programa	Junho	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 2 - Identificar os participantes	Junho	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 3 - Reunir para proposição do programa a partir da consolidação dos riscos apontados	Junho	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 4 - Realizar o “programa de rádio”	Junho	Especializandos GA41 GVISA
Operação 4 - Produzir CD com o programa piloto	Ação 1- Gravar o programa em CD	Junho	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 2- Produzir material gráfico do CD (capa e encarte)	Junho	Especializandos GA41 GVISA
Operação 5 - Fazer audição com a UBS	Ação 1- Fazer audição coletiva com os participantes do programa de rádio	Junho	Especializandos GA41 GVISA
	Ação 2 - Avaliar com o grupo a metodologia adotada para a produção do programa de rádio	Junho	Especializandos GA41 GVISA
Operação 6 - Avaliar a metodologia programa de rádio	Ação 1 - Identificar e compilar os dados do processo avaliativo, destacando suas limitações e potencialidades.	Julho	Especializandos GA41 GVISA

continuação

Objetivo Específico: 2- Propor a metodologia PR desenvolvida em outras unidades de saúde da rede municipal SUS-BH			
Causa: Falta de integração VISA / Comunicação			
Operação	Ação	Prazos	Responsáveis
Operação 1 - Estabelecer parceria entre a Gerência de Vigilância Sanitária e a Gerência de Comunicação da SMSA BH para implementação da metodologia desenvolvida	Ação 1 - Aprovar a proposta com o Secretário da SMSA BH	30 dias	Coordenação do projeto *
	Ação 2 - Contatar a GCSO	10 dias	Coordenação do projeto *
	Ação 3 - Apresentar a metodologia para a GCSO	10 dias	Coordenação do projeto *
Operação 2 - realizar a audição do CD gravado	Ação 1 - Agendar a audição com a US interessada	10 dias	Coordenação do projeto *
	Ação 2- Promover audição coletiva do programa de rádio	1 dia	Coordenação do projeto, comunicação, vigilância sanitária e coordenador da US
Operação 3 - Discutir com os trabalhadores os riscos identificados pela unidade que realizou o programa piloto e sua relação com a US	Ação 1- Identificar os riscos apontados no programa já gravado	1 dia	Coordenação do projeto, comunicação, vigilância sanitária e coordenador da US
	Ação 2 - Identificar os riscos comuns com a US	10 dias	Coordenação do projeto, comunicação, vigilância sanitária e coordenador da US
	Ação 3 - Identificar os riscos existentes na US não citados no programa	10 dias	Coordenação do projeto, comunicação, vigilância sanitária e coordenador da US

continuação

Operação 4 - Realizar um programa de rádio com a US	Ação 1 - Identificar os riscos que serão abordados no novo programa de rádio	5 dias	Coordenação do projeto, comunicação, vigilância sanitária e coordenador da US
	Ação 2 – Realizar o programa	10 dias	Comunicação
Operação 5 - Produzir CD com o programa piloto	Ação 1 - Gravar o programa em CD	10 dias	Comunicação
	Ação 2 - Produzir material gráfico do CD (capa, encarte e roteiro)	10 dias	Comunicação
Objetivo Específico: 3- Criar um acervo de programas de rádio para divulgação entre os trabalhadores de saúde			
Causa: Falta de integração VISA / Comunicação			
Operação 1- Compilar os programas criados	Ação 1 - Gravar um CD a cada 10 programas realizados	10 dias	Comunicação
	Ação 2 - Disponibilizar em acervo digital via web	10 dias	Comunicação

\* grupo interessado em desenvolver o projeto aplicativo

## APÊNDICE F - Carta de Apresentação

Ilma Sra.

Angela Parrela Guimarães

Gerente do Centro de Saúde Dom Bosco-BH

Está sendo realizado o curso de Gestão em Vigilância Sanitária - GVISA que objetiva capacitar gestores e profissionais de saúde que atuam ou poderão vir a atuar como gestores de vigilância sanitária, nas três esferas de governo, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS e as diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária — PDVISA e reconhecendo as diversidades do país, em sua dinâmica locorregional.

A proposta educacional do curso foi construída em parceria pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde - MS, Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - NEPEC/ANVISA, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

A integração entre a teoria e a prática, entre o mundo do trabalho e o da aprendizagem, entre processos educativos e de gestão na área da saúde é um dos fundamentos dessa proposta de formação de especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária

Dentre as diversas estratégias educacionais do curso, destaca-se o Projeto Aplicativo. Trata-se de uma atividade curricular voltada à ampliação, aprofundamento e consolidação das aprendizagens, por meio de desenvolvimento de um trabalho técnico-científico aplicado, orientado à solução de um problema/necessidade de gestão da vigilância sanitária.

Para que possamos desenvolver nosso projeto aplicativo, solicitamos o seu apoio na constituição de um grupo de trabalhadores no Centro de Saúde Dom Bosco para realização do Projeto Piloto “Programa de Rádio” e reafirmamos nossa convicção de que o uso da comunicação no campo da saúde é um instrumento potencialmente capaz de interferir no cotidiano dos profissionais e aprimorar suas práticas, resultando na melhoria tanto do ambiente de trabalho quanto da qualidade da oferta de serviços à população.

Atenciosamente,

Representante do Grupo Afinidade GA 41

GVISA – Belo Horizonte

## APÊNDICE G – Matriz Inicial do Projeto

### **Curso de Especialização em Vigilância Sanitária**

#### ***Proposta de realização de programa de rádio piloto***

##### 1. Apresentação

A proposta educacional do curso foi construída em parceria pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde (MS), Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - NEPEC/ANVISA, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O curso de Gestão em Vigilância Sanitária - GVISA objetiva capacitar gestores e profissionais de saúde que atuam ou poderão vir a atuar como gestores de vigilância sanitária (VISA), nas três esferas de governo, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária — PDVISA e reconhecendo as diversidades do país, em sua dinâmica locorregional.

O projeto, que representa um desafio para efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária — SNVS, partiu de um marco de referência e do perfil de competência do gestor de VISA, construídos coletivamente com a colaboração de técnicos e pesquisadores da área e de profissionais vinculados ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

##### 2. CONTEXTO

A VISA volta-se, fundamentalmente, para o desenvolvimento de ações de proteção à saúde das pessoas e objetiva a diminuição e/ou a eliminação de riscos e agravos de diversas naturezas, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Com atuação intersetorial e multidisciplinar, a VISA ampliou sua importância social como instância de regulação sanitária, frente à complexidade conferida pelo ambiente globalizado, em especial a partir do final do século XX. A interdependência de mercados, que impacta diretamente nos valores e padrões de consumo da população, a circulação de produtos, que ultrapassa fronteiras continentais, assim como o deslocamento de pessoas num curto espaço de tempo, exigiram mudanças nas dinâmicas pelas quais opera seu processo de trabalho.

A VISA deve responder à necessidade permanente de ser ágil na identificação de riscos sobre os processos de produção, circulação e consumo de bens e serviços, que sofrem rápidas e constantes modificações. Assim, suas intervenções sobre tais riscos ou sobre situações que podem colocar em risco a segurança sanitária da coletividade, em ambientes físicos, culturais, sociais e econômicos - também em transformação, são complexas e ocorrem, não raro, entre interesses antagônicos.

Trata-se, portanto, de práticas de interesse público com natureza estatal, que se pautam em legislação e normas técnicas específicas que, por sua vez, delimitam o campo e o exercício da VISA. A mesma encontra-se estruturada no SNVS, um dos subsistemas do SUS. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na instância federal, os órgãos de VISA estaduais, do Distrito Federal e municipais, com estreita vinculação ao Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde da Fundação Osvaldo Cruz - INCQS/FIOCRUZ, e os laboratórios centrais de saúde pública estaduais - LACEN, com seus respectivos laboratórios regionais e os laboratórios municipais, compõem o sistema de VISA.

Ao integrar o SUS, a VISA reafirma sua característica sistêmica e cumpre o desafio de manter, nas especificidades próprias de cada uma das três instâncias federadas, relações com as diretrizes políticas do setor, entre elas as da universalidade, da equidade, da integralidade e do controle social

Como sistema, suas práticas demandam ações coordenadas sob responsabilidade da ANVISA, em permanente processo de consolidação e adequação à dinâmica da gestão operacional tripartite do SUS, ao mesmo tempo em que responde às necessidades e reflete particularidades e diversidades locais regionais.

Uma das importantes iniciativas da gestão da VISA, em direção consonante à política de saúde, foi a construção de um processo de planejamento consolidado no Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA. Esse instrumento de eleição de prioridades estratégicas, compromissos e grandes metas em VISA possibilitou a formalização de programações específicas da área para cada uma das instâncias federadas, coordenadas entre si, e principalmente integradas aos respectivos planos de saúde.

O PDVISA, com seus cinco eixos, realça os processos de gestão e planejamento vinculados ao SUS, reitera as atribuições da vigilância de produtos e serviços, destaca a construção de integralidade das ações de atenção à saúde, valoriza a produção de conhecimentos na área e reafirma a importância da participação e do controle social.

A materialização dessa iniciativa de elaboração de programações para as ações de VISA e a pactuação de compromissos, desde as esferas municipais até as estaduais e

federal, norteia estratégias e atividades em cada esfera de governo. Destaca-se que o arranjo sistêmico do SNVS ainda enfrenta inúmeras dificuldades para se efetivar, requerendo a adoção de medidas que favoreçam o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema e levem ao aumento da eficiência e da eficácia com o aperfeiçoamento das ações de promoção, prevenção e proteção protagonizadas pela vigilância sanitária.

A articulação intersetorial, a ampliação de parcerias na abordagem dos problemas de saúde e a formulação de políticas com o compartilhamento das responsabilidades pelas três esferas de governo são condições essenciais e estratégicas para a efetividade do SNVS e a integralidade das ações no SUS.

Enfrentar os desafios postos e avançar progressivamente na consolidação do SNVS cabe a todos os interessados. A iniciativa do presente projeto pedagógico, na modalidade de Curso de Gestão da VISA, direcionado aos profissionais das três esferas, pretende ser uma das estratégias para melhorar a prevenção de doenças e ampliar a promoção e proteção da saúde da população e a qualidade de vida.

## 2. OBJETIVOS E METAS DO PROJETO - GVISA

### 2.1 Geral:

Capacitar profissionais para a gestão da VISA, visando contribuir para a consolidação do SNVISA, no sentido da melhoria da qualidade de vida e da saúde da população brasileira.

### 2.2 –Específicos:

Promover a construção e a disseminação do conceito e desenvolvimento de ferramentas e dispositivos de gestão da VISA, em seis regiões metropolitanas de saúde do Brasil;

Apoiar o desenvolvimento de capacidades que fundamentam o perfil de competência em gestão da VISA, nas áreas de gestão do risco sanitário, gestão do trabalho e educação em VISA;

Apoiar a construção de 30 projetos aplicativos em Gestão da VISA;

Formar 300 especialistas em gestão da VISA, selecionados em seis regiões metropolitanas de saúde, capazes de apoiar e participar de processos de multiplicação dessa formação.

### 2.3 Abrangência do projeto

Trata-se de um projeto de abrangência nacional, envolvendo seis regiões metropolitanas do país: Belo Horizonte, Curitiba, Distrito Federal, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo.

O MS, a ANVISA, o CONASS e o CONASEMS priorizaram essas regiões para a primeira onda de formação do Curso de Especialização em Gestão da VISA.

### 3. CURRÍCULO INTEGRADO

A integração entre a teoria e a prática, entre o mundo do trabalho e o da aprendizagem, entre processos educativos e de gestão na área da saúde é um dos fundamentos dessa proposta de formação de especialistas em Gestão da VISA.

### 4. ATIVIDADES EDUCACIONAIS

Dentre as diversas estratégias educacionais do curso, destaca-se o Projeto Aplicativo. Trata-se de uma atividade curricular voltada à ampliação, aprofundamento e consolidação das aprendizagens, por meio de desenvolvimento de um trabalho técnico-científico aplicado, orientado à solução de um problema/necessidade de gestão da VISA.

### 5. PROJETO APLICATIVO GRUPO GA41

O disparador foi “Insuficiência de ações de comunicação destinadas aos trabalhadores da Rede Municipal SUS-BH em relação aos riscos sanitários, decorrentes das suas práticas, aos quais a população é submetida.”

Como parte das atividades educacionais do curso, o grupo propôs uma atividade de comunicação para ser desenvolvida junto com os profissionais da Rede Municipal SUS-BH. A ideia é realizar um “Programa de Rádio” para discutir os riscos envolvidos na prática cotidiana que possam afetar os usuários do serviço.

A ideia norteadora do “Programa de Rádio” inscreve-se no campo da comunicação comunitária, entendida como criação de um espaço para troca de conhecimentos e produção de enunciado. Nesse sentido, o processo de produção é tão importante quanto o produto obtido. É no processo de produção que os profissionais poderão expor suas preocupações e percepções sobre o tema abordado.

A audição coletiva funciona como uma provocação: é o germe de uma operação dialética potencialmente capaz de inaugurar uma nova forma de relação com o fazer cotidiano. No caso em questão, uma nova forma de compreender e lidar com os riscos inerentes ao trabalho cotidiano em uma unidade de saúde.

Portanto, não se trata de instituir uma instância produtora de conteúdo para os profissionais de saúde e sim convidá-los a participar de um processo no qual a produção de

enunciado faz parte de uma rede de percepções e possibilidades de trocas de saberes. Para dar conta desta incumbência, as seguintes etapas estão previstas:

- 1 – Realização de um programa de rádio junto com os profissionais de uma unidade;
- 2 – Gravação do programa em CD e elaboração de um roteiro para sua utilização em audição coletiva;
- 3 – Promoção da audição coletiva em outra unidade, discutindo o programa de rádio a partir do roteiro que acompanha o CD;
- 4 – Após a discussão, propor a realização de um programa de rádio na unidade;
- 5 – Utilização do programa feito na nova unidade em outra unidade e assim por diante;
- 6 – Os programas realizados comporão um acervo, que poderá ser disponibilizado em forma de *podcast* ou de CDs com um maior número de programas.

## 6. PROGRAMA PILOTO (PP)

Para avaliação e aperfeiçoamento da metodologia, deverá ser realizado um PP, junto a um Centro de Saúde (CS); para isto são previstos:

- 1 – Contato com o CS para apresentação da proposta pelo gestor da unidade e anuência para a realização do programa;
- 2 – Convite aos profissionais para participação do projeto. O projeto é aberto a todos os trabalhadores;
- 3 – Reunião com os interessados para explicação sobre o projeto e para a aplicação do questionário de levantamento de riscos (60 minutos);
- 4 – Reunião de trabalho para elaboração do roteiro do programa de rádio (120 minutos);
- 5 – Reunião de trabalho para fechamento do programa de rádio (120 minutos).

Para a realização do PP, será elaborado um pré-roteiro baseado nas informações do questionário. Este servirá de base para a elaboração do roteiro a ser utilizado no segundo encontro. Os profissionais participarão de todo o processo de produção do programa e atuarão como apresentadores e entrevistadores e, à medida do interesse e da disponibilidade, poderão colher entrevistas e participar da edição do programa.

## 7. DINÂMICA DO TRABALHO

Após a anuência do gerente do CS será elaborada a melhor estratégia para convite aos profissionais, que pode ser feita com a utilização de cartazes, visita ao local e intervenção direta do gerente.

As reuniões com os profissionais serão realizadas no CS, em horários acordados com a gerência.

O material sonoro será gravado em equipamento digital e editado em *software* livre. A edição será realizada na Secretaria Municipal de Saúde ou, se houver demanda, no próprio centro de saúde.

Belo Horizonte, 13 de junho de 2012

## APÊNDICE H – Cartaz de Divulgação

# Venha participar de um programa de rádio sobre risco sanitário!



**fale**

**opine**



**participe**

**contribua**

Primeiro encontro - sexta-feira, 19/05, 15h, sala de reuniões

Mais informações: 3277 9557 / 9792 1138 - Paulo Nogueira

## APÊNDICE I – Questionário aplicado aos trabalhadores da saúde

Podemos definir risco sanitário “como a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde decorrentes de agentes químicos, físicos ou biológicos, processos industriais, tecnologias, ou processo natural que possam causar danos à saúde, produzir doenças ou levar à morte<sup>6</sup>, ou, mais sucintamente, como o perigo potencial, ameaça de danos ou agravos à saúde<sup>7</sup>.

1 - Observe os desenhos abaixo. A quais riscos os pacientes foram submetidos? O que poderia ser feito para evitar estes riscos?



Fonte: ANVISA, 2008<sup>8</sup>.



Fonte: ANVISA, 2008<sup>9</sup>.

2 – No quadro abaixo, numere a segunda coluna de 1 a 5 de acordo com o risco sanitário envolvido nos procedimentos ou situações. Use 1 se achar que o risco é baixo e 5 se achar que o risco é alto.

<sup>6</sup> Molak, 1997

<sup>7</sup> Costa, 2004

<sup>8</sup> [http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/PAINEIS\\_23\\_09\\_PDF/Clarice%20Petramale.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/PAINEIS_23_09_PDF/Clarice%20Petramale.pdf)

<sup>9</sup> [http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/PAINEIS\\_23\\_09\\_PDF/Clarice%20Petramale.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/PAINEIS_23_09_PDF/Clarice%20Petramale.pdf)

Aplicação de injetáveis sem observação dos cuidados necessários	
Erro na dispensação de medicamentos	
Uso de instrumental sem esterilização adequada em procedimentos médicos invasivos	
Uso de instrumental sem esterilização adequada em procedimentos odontológicos	
Uso de insumos (medicamentos, saneantes, álcool 70, etc) sem registro no Ministério da Saúde	
Triagem realizada de forma inadequada pela enfermagem	
Estrutura física da unidade inadequada	
Realização de procedimentos (curativo, sonda, inalação, etc.) sem observação dos cuidados necessários	
Uso de produtos com data de validade vencida	
Reaproveitamento de vasilhame	
Falta de troca de lençol entre o atendimento dos pacientes	
Falta de desinfecção de travessieiros, colchões e cadeiras odontológicas	
Falta de manutenção dos equipamentos médicos e odontológicos	
Liberação do paciente antes da estabilização clínica	
Presença de animais sinantrópicos no estabelecimento (rato, barata, moscas, etc.)	
Higienização inadequada das mãos	
Falta de materiais e equipamentos na assistência ao paciente	
Gerenciamento inadequado dos resíduos de saúde	
Ausência de cursos e treinamentos profissionais	
Ausência de procedimentos operacionais (POP) aplicáveis à unidade	

Fonte: Itens do Roteiro de vistoria fiscal de UBS da VISA BH

4 – Há outros riscos que você conhece em seu trabalho diário e que não foram mencionados? Quais?

## APÊNDICE J – Texto de Apoio

### Não seria anexo?

www.educomradio.com.br  
www.educomradio.com.br/centro-oeste

# Gêneros e formatos radiofônicos

Eduardo Vicente



O assunto “gêneros” é bastante polêmico, não existindo consenso entre os diferentes autores nas suas classificações das produções. A própria idéia de classificação é questionada sendo possível afirmar que, em certos círculos intelectuais, “esse tipo de discussão se tornou alguma coisa anacrônica, quando não irrelevante”. Não concordamos com essa posição, entendendo que a classificação de gêneros fornece, no mínimo, condições para uma compreensão mais didática das possibilidades de produção que o rádio pode nos oferecer.

O perigo de que devemos sempre fugir é o de um enquadramento rígido das produções, que nos leve a discussões intermináveis sobre a classificação de uma determinada obra ou, mais grave ainda, aprisione nossa criatividade.

Assim, a classificação que se segue deve servir apenas como uma orientação geral. Além disso, ela é necessariamente incompleta, já que se resume aos gêneros e formatos que consideramos mais importantes dentro da proposta do Educom. Ela também não segue rigidamente a classificação de nenhum de autor, sendo resultado tanto do cruzamento de diferentes obras quanto de

1. MACHADO, Afrânio. *A Televisão Levada a Sério*. São Paulo, Senac, 2001.

nossas opiniões e experiências pessoais. Para uma discussão mais aprofundada sobre o tema recomendamos, entre ou-

tros, o livro *Gêneros Radiofônicos*, de André Barbosa (Ed. Paulinas, São Paulo, 2003).

Antes de mais nada, devemos fazer a diferenciação entre **gênero** e **formato radiofônico**. Consideramos como de **gênero radiofônico** uma classificação mais geral da mensagem, que considera o tipo específico de expectativa dos ouvintes que ela visa atender. Os gêneros radiofônicos que apresentaremos aqui serão o publicitário ou comercial, o jornalístico ou informativo, o musical, o dramático ou ficcional e o educativo-cultural. **Formatos radiofônicos** são os modelos que podem assumir os programas realizados dentro de cada um dos diferentes gêneros.

Vale lembrar o perigo das formulações rígidas acrescentando que há, como veremos a seguir, programas que acabam misturando diferentes formatos de diferentes gêneros radiofônicos! Mas a gente entende isso melhor só quando solta a imaginação, cria os próprios programas e, muito importante, ouve o rádio e os exemplos sonoros oferecidos pelo Educom.

Mas vamos à apresentação dos gêneros.

### GÊNERO PUBLICITÁRIO OU COMERCIAL

É aquele que tenta seduzir, convencer, vender uma idéia ou produto. Seus formatos mais conhecidos são:

### Gêneros e formatos radiofônicos

**Jingle:** É um anúncio cantado, normalmente de melodia simples ou conhecida, que tenta fixar a marca ou produto na memória do ouvinte.

**BG:** É uma peça locutada com fundo musical. Muitos comerciais de rádio e TV são assim. Normalmente, a música de fundo é instrumental (a chamada **trilha branca**), para não prejudicar a compreensão da locução. A sigla BG vem da palavra inglesa **background**, que quer dizer fundo.

**Assinatura:** É um texto curto que associa o produto ao evento ou programa que ele patrocina (como "sob o patrocínio de..." ou o famoso "as Pílulas de Vida do Dr. Ross orgulhosamente apresentam...").

**Vinheta:** É a abertura de um programa. Normalmente traz um tema musical (como o dos programas esportivos da Jovem Pan ou, na TV, do Jornal Nacional, por exemplo).

**Testemunhal:** É o tipo de publicidade que se utiliza da "credibilidade dos comunicadores – apresentadores e animadores de programas – quando da leitura de um texto comercial, tendo em vista o convencimento do público". Esse tipo de publicidade é muito usado também na TV, em programas como o do Ratinho e da Ana Maria Braga.

**Spot:** É um comercial com locução que pode ser apoiada por trilha musical, efeitos e ruídos. É o tipo mais criativo de peça publicitária, podendo usar elementos ficcionais e humorísticos (contar uma história, ter diferentes personagens, etc).

### GÊNERO JORNALÍSTICO OU INFORMATIVO

É aquele em que o rádio busca levar ao ouvinte a informação da forma mais atualizada e abrangente. Embora não estejamos

adotando essa posição, vale mencionar que alguns autores preferem dividir esse segmento em gênero jornalístico (onde as notícias seriam mais isentas) e opinativo (onde haveria maior subjetividade) Seus formatos mais usados são:

**Nota:** Informe curto (por volta de 30 s.) e sintético sobre um fato ou acontecimento.

**Boletim:** informativo curto (com, no máximo, cinco minutos de duração) e apresentado com maior frequência, que traz uma síntese das notícias mais importantes do dia.

**Reportagem:** Matéria específica e de maior fôlego sobre um determinado tema. Pode incluir entrevistas, externas, opinião do repórter, BG, etc. Poderíamos considerar a reportagem como um formato que combina elementos dos gêneros jornalístico e opinativo.

**Entrevista:** Depoimento dado a um ou mais repórteres tanto em estúdio quanto em externas. É esperada do repórter isenção e objetividade na elaboração das perguntas, bem como na condução da entrevista.

**Externa:** matéria jornalística feita a partir do local do acontecimento, que não só busca levar ao ouvinte a informação mais recente como também o clima, a ambientação do local onde estão ocorrendo os fatos. Nesse formato, as descrições do repórter, suas impressões sobre o que acontece ao seu redor e os depoimentos que consegue obter assumem grande importância.

**Crônica:** Pode ser esportiva, política, de moda, de comportamento, etc. O que o caracteriza é a liberdade do autor em escolher o tema e de expressar suas opiniões

2. BARBOSA FILHO, André. *Gêneros Radiofônicos*. São Paulo, Paulinas, 2003, p. 126.

## Gêneros e formatos radiofônicos

personais sobre o assunto em questão. Assim, o foco da crônica é a persona do autor/ apresentador muito mais do que a notícia em si.

**Debate:** ou mesa redonda. Reúne diferentes personalidades (preferencialmente especialistas sobre um determinado assunto) para, mediados por um apresentador, expressarem seus diferentes pontos de vista sobre um ou mais temas. Pode incluir, também, a participação do ouvinte.

**Radiojornal:** Programa dividido em diferentes seções que "congrega e reproduz outros formatos jornalísticos, como as notas, notícias, reportagens, comentários e crônicas"<sup>3</sup>.

**Documentário radiofônico:** Formato híbrido, o documentário radiofônico pode incorporar elementos de todos os gêneros aqui apresentados, já que pode incluir entrevistas, depoimentos pessoais, opiniões e dramatização de textos e acontecimentos. Para tanto, necessariamente exige o uso de música e efeitos.

**Programas esportivos:** Além daqueles produzidos dentro de formatos jornalísticos tradicionais (como a mesa redonda, o boletim, etc), são classificadas como programas esportivos também as transmissões de eventos, entre as quais se destaca evidentemente a de futebol, com toda a tradição que criou no país. Também são muito características do meio radiofônico as transmissões de corridas de cavalo.

3. Idem, ibidem, p. 100.

## GÊNERO MUSICAL

É o tipo de programa que ocupa o maior espaço da programação de grande parte das rádios comerciais do país. Preferimos não definir diferentes formatos para esse tipo de programa, já que todos se baseiam na alternância entre música e locução. As variações possíveis vão dos programas onde o locutor pouco interfere numa programação musical quase ininterrupta (caso da maioria das FMs) àqueles em que cada música é precedida de um longo comentário explicativo (às vezes do próprio autor) ou mesmo executada ao vivo.

## GÊNERO DRAMÁTICO OU FICCIONAL

As produções desse gênero buscam utilizar todos os recursos da linguagem sonora e radiofônica (música, efeitos, silêncio e vozes) para construir ambientes e personagens e, através deles, apresentar histórias reais ou fictícias. Embora seja pouco usado no rádio brasileiro atual, é um gênero extremamente importante, desafiador e extremamente útil para a expressão de indivíduos e comunidades. Entre seus formatos, podemos destacar:

**Rádio-novelas:** Dramas radiofônicos de longa duração e divididos em capítulos que, no Brasil, fizeram imenso sucesso no país entre as décadas de 30 e 50. Em inglês, ganharam o apelido de "soap operas" em



### Gêneros e formatos radiofônicos

virtude do fato de serem patrocinadas por fabricantes de sabonete e endereçadas a um público exclusivamente feminino.

**Seriado:** "É formado por peças independentes umas das outras – tramas diferenciadas com começo, meio e fim –, focalizando personagens centrais fixos"<sup>4</sup>.

**Peça radiofônica:** Formato ainda bastante usado na Europa, a peça radiofônica é uma produção unitária que pode ser tanto a dramatização de uma situação social pertinente à realidade da comunidade que o produz (sociodrama) como uma produção original ou a adaptação de um texto (livro, conto, crônica, história em quadrinhos, etc).

**Poemas dramatizados:** Sendo o poema uma obra tão ligada à expressão oral (pelo uso que faz da rima, do ritmo, da aliteração, etc) ela se presta muito bem à leitura dramática que pode ser acompanhada de BG, efeitos, intervenções, sobreposições de outras vozes, etc.

**Sketch:** Quadro cômico curto que pode ser apresentado no intervalo da programação.

plô a série "Tirando Versos da Imaginação", que trata da cantoria de viola nordestina.

**Audiobiografia:** Programa que se concentra em discutir a vida e obra de uma determinada personalidade.

**Programa Temático:** Programa voltado para a discussão do conhecimento dentro de uma área ou tema específico.

.....

Além dos formatos aqui retratados, há outros que não podem ser enquadrados dentro de um gênero específico. Seria esse o caso dos programas infantis e de variedades. Embora dedicados a públicos distintos, eles têm em comum o fato de serem compostos por uma miscelânea de quadros – como jogos, concursos, divulgação de eventos, música, noticiários, dramatização de histórias e situações, apresentação de calouros e convidados, etc – além de reservarem um papel preponderante para seu apresentador e oferecem diferentes possibilidades de participação do seu público (ao vivo, por telefone, carta, internet...).

### GÊNERO EDUCATIVO-CULTURAL

Embora pouco usado no Brasil, esse gênero é bastante comum em países desenvolvidos. Destina-se, como o nome diz, à transmissão de conteúdos educacionais e culturais, sendo os seus principais formatos:

**Documentário educativo-cultural:** É aquele dedicado a temas artísticos, históricos, sociais e/ou culturais. Como os documentários jornalísticos, eles também podem recorrer aos mais diferentes recursos. São bons exemplos de documentários

educativos-culturais produções do projeto "Rádio Escola", do Ministério da Educação, como por exem-

4. Idem, *ibidem*, p. 118.

### BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA FILHO, André. **Gêneros Radiofônicos**. São Paulo: Paulinas, 2003.
- FERRARETTO, Luiz Artur. **Rádio: o Veículo, a História, a Técnica**. Porto Alegre: Sagra, 2001.
- MACHADO, Arlindo. **A Televisão Levada a Sério**. São Paulo: Senac, 2001.
- MCLEISH, Robert. **Produção de Rádio**. São Paulo: Summus, 2001.
- VÁRIOS. **Onda Cheveríssima! Comunicação para la Convivência**. Bobotá: Paulinas, 2003.

**APÊNDICE K - Pauta**

**PROGRAMA:** Voz da Saúde

**TEMA:** Riscos sanitários envolvidos na aplicação de fármacos injetáveis

**SINOPSE:** A via injetável é bastante utilizada nos centros de saúde. É muito importante tomar todos os cuidados para se minimizar os riscos sanitários envolvidos no processo.

**ENCAMINHAMENTO:** Verificar junto aos profissionais do Centro de Saúde Dom Bosco quais são os cuidados necessários para a aplicação de injetáveis e quais os riscos envolvidos no procedimento.

**FONTES:** **Márcia**, enfermeira

**Geralda**, auxiliar de enfermagem

**SUGESTÕES DE PERGUNTAS:****MÁRCIA**

1 - Quais os cuidados devem ser tomados na aplicação de fármacos injetáveis?

2 – Quais as consequências de uma aplicação inadequada de fármacos?

3 – Quais os erros comuns nestes procedimentos?

**GERALDA**

1 – Na sua opinião, quais os riscos estão envolvidos na aplicação de fármacos injetáveis?

2 – Quais os cuidados devem ser tomados antes de aplicar os fármacos injetáveis?

3 – Qual o cuidado deve ser tomado para não se aplicar um fármaco diferente do prescrito?

## APÊNDICE L – Roteiro Final

Técnica	Áudio
<p>Trilha Desce som</p> <p>Vinheta de abertura - “Voz da Saúde”</p> <p>BG (trilha)</p> <p>Ignição; carro andando; Carro parando; Carro abrindo/fechan do porta</p>	<p>Veranice Olá! Está entrando no ar...</p> <p>Veranice: Um programa realizado pelos profissionais de saúde da Rede Municipal de Belo Horizonte. E queremos que você, nosso colega da área de saúde, ouça e participe.</p> <p>Telma Voz da Saúde é um espaço dedicado a discutir o risco sanitário. Este é o primeiro programa de uma série e é realizado pelos trabalhadores do Centro de Saúde Dom Bosco. E é pra lá que vamos...</p> <p>Telma Ô de casa...</p> <p>Nelson Olá</p> <p>Flávia Seja bem vinda...</p> <p>Nelson Eu sou o Nelson e juntamente com a Flávia vamos levar você para conhecer um pouco do risco sanitário envolvido em nosso trabalho. Trabalhar na área de saúde requer muito cuidado. Podemos dizer que risco sanitário é a possibilidade de ocorrer um evento capaz de causar danos à saúde...</p> <p>Flávia E os riscos estão em toda parte. Se não tomamos cuidado ao fazer um simples curativo, é risco! Se não lavamos as mãos do jeito que manda o figurino... Risco. Se não prestamos bastante atenção ao dispensar um medicamento, olha o risco aí...</p> <p>Nelson E isto, Flávia, é o que não queremos.</p>

<p>Música de suspense</p>	<p>Flávia Não queremos mesmo. E por isso toda a atenção é pouca...</p> <p>Nelson No programa de hoje, vamos dedicar nosso tempo a discutir um risco que é nosso velho conhecido...</p> <p><i>Nelson</i> <i>Olá Geralda!</i></p> <p><i>Geralda</i> <i>Oi Nelson!</i></p>
<p>Barulho de bebê</p>	<p><i>Nelson</i> <i>E aí, tem vacinado muito por esses dias?</i></p> <p><i>Geralda</i> <i>Demais... Esse bebê aqui é o Vítor, que está com sete dias e vai tomar suas primeiras vacinas...</i></p>
<p>Choro de bebê</p>	<p>Flávia Estamos falando do risco de se aplicar injetáveis sem os devidos cuidados. Para fazer direitinho, a Geralda precisa ficar atenta ao procedimento correto: conferir os dados do cartão, explicar ao responsável o que vai ser feito, lavar as mãos, preparar a vacina e, antes de aplicar, mostrar ao responsável para conferir data e validade. Pedir ao responsável que segure com firmeza a criança, certificar-se da via de administração...</p> <p>Nelson É... E nesse momento é importante observar o local correto da aplicação, a posição do bisel, puxar o êmbolo e, se estiver tudo ok, concluir a aplicação.</p> <p>Flávia E para entender melhor sobre o assunto, O “Voz da Saúde” de hoje conversou com trabalhadores aqui do centro de saúde. Mônica tem mais informações.</p>
<p>Vinheta “reportagem especial”</p>	<p>Mônica Oral, retal, inalatória... Existem diversas vias para se administrar um medicamento. A via injetável oferece um caminho mais rápido, mas a sua utilização deve ser cercada de cuidados... No Centro de Saúde Dom Bosco são realizadas aplicações de vacinas e medicamentos. Na sala de observação, é muito comum a administração de soro fisiológico. Para se</p>

<p>Vinheta “ dica do dia”</p> <p>vinheta de passagem</p>	<p>ter uma ideia, aqui são realizadas cerca de 120 aplicações de injetáveis mensalmente. Para compreender os riscos e cuidados em relação a esse procedimento, vamos conversar com a enfermeira Márcia.</p> <p>Sonora 1 Márcia</p> <p>Mônica (comenta a sonora e introduz a próxima sonora)</p> <p>Sonora 2 Márcia</p> <p>Mônica Trabalhando há 12 anos aqui no centro de saúde, a a auxiliar de enfermagem Geralda conhece muito bem os riscos envolvidos em seu trabalho:</p> <p>Sonora Geralda</p> <p>Mônica (fechamento) Aplicar injetáveis não é nenhum bicho de 7 cabeças. Mas seguir à risca todas as recomendações é fundamental para minimizar os riscos sanitários envolvidos neste procedimento. Mônica Faria para o Voz da Saúde!</p> <p>Flávia Muito legal a reportagem da Mônica...</p> <p>Nelson Às vezes fazemos alguma atividade e nem paramos para pensar na sua complexidade...</p> <p>Flávia É mesmo, parece que ligamos o piloto automático... Bom Nelson, agora vamos a nossa Dica!</p> <p>Terezinha No caso de pacientes com mobilidade reduzida, muitas vezes é preciso fazer a aplicação de injetáveis em domicílio. Além de todos os cuidados do procedimento, é preciso cuidar do transporte, manutenção da temperatura e destinação dos resíduos. Para garantir um melhor atendimento, leve sempre um kit composto de papel toalha, sabonete líquido e álcool 70.</p> <p>Flavia. E com a dica de hoje, nosso programa fica por aqui... Mas não para por aqui... Esperamos que você, nosso colega de trabalho, possa discutir o assunto aí no seu Centro de Saúde... E quem sabe vocês também não fazem um programa de rádio!</p>
--	--

BG (trilha)  Vinheta encerramento	Nelson Este programa foi produzido pelos trabalhadores do Centro de Saúde Dom Bosco, em parceria com o “Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária” do Hospital Sírio-Libanês.
--	--

**APÊNDICE M - Transcrição da Avaliação do Projeto Aplicativo pelos  
funcionários do Centro de Saúde Dom Bosco:**

**Transcrição da Avaliação do Projeto Aplicativo pelos funcionários do Centro de Saúde Dom Bosco:**

Rosa: “Achei interessante, que é um trabalho diferente, desperta a curiosidade das pessoas, o interesse vai surgindo aos poucos. Na primeira reunião, por exemplo, o que eu percebi, que as pessoas ficaram meio receosas de participar. Quando a gente ia chamar, ficam preocupadas com o que eu vou fazer, não só pela questão da voz, mas pelo o que ia se tratar esse trabalho. Aí depois na segunda, o pessoal começou a se soltar mais, viu o quê que era, gostou da ideia, então, assim, eu acho muito válido, e se for possível continuar, seria bem bacana de colocar isso para frente. Agora com relação com a participação de alguém, para colocar alguém com a visão mais técnica, eu acho que poderia, mas até na fala da Márcia, que ela quisesse colocar uma pessoa mais técnica, trazer um texto e tipo assim, decorar, uma coisa mais, que eu vi foi mais fala dela, do conhecimento técnico dela, que é bacana também, ela mesmo poderia fazer esse papel de estar trazendo essa coisa mais estruturada, não precisaria trazer ninguém de fora, ela tem competência para fazer isso”.

Magnólia: “Alguém da VISA, trazendo alguma questão, a norma aplicada, a norma aqui dentro, discutida com o profissional, uma coisa bacana também”

Gardênia: “É mais em termo de técnica, acho que ela conseguiria”.

Rosa: “Ela (Márcia), uma coisa técnica, dá conta do recado, introduzindo mais coisas”.

Begônia: “Eu achei muito legal, coisas que a Márcia falou, eu como mãe, muita coisa que eu não sabia, então assim, gostei muito de participar, não deu para participar no dia. Achei que fosse virar artista..., fui substituída pela Mônica, achei bem legal, igual Ilcéia falou, a gente começou, aí o que eu vou fazer, aí a minha voz, fiquei meio travada no primeiro, mas no segundo a gente começou a se soltar, acho que ficou bem legal, as musiquinhas, porta batendo, bem original”.

Violeta: “Achei interessante o seguinte também, até a forma de como foi construído, a gente aumentou o conhecimento a partir daí, e até como transmitir, orientar, passar para população, seria bem interessante mesmo, gostei muito”.

Margarida: “Eu no principio, igual Ilcéia falou, eu fiquei com muito medo, medo mesmo, porque como minha dicção não é muito boa, eu fiquei com medo. Na segunda vez, depois eu vi que foi muito bom”.

Lírio: “No principio eu pensei... Nossa Senhora, mais uma coisa para eu fazer, enfermeira só pensa nisso. Aí depois eu vi que foi uma forma de dissolver o que a gente já faz aqui, na “fazeção”, de forma mais diluída para os colegas mesmo, para o entendimento de como é o processo, de uma simples aplicação. Eu gostei dessa participação de vários profissionais, ficou um trabalho multiprofissional, do pessoal das ACS, da Zoonoses, a empolgação de cada um, a Rose, Dra. Flávia... Depois eu achei até bom de estar nesse grupo; aí oh... os outros perderam demais! E eu acho uma forma mais fácil de passar conhecimento, hoje em dia. Eu falo porque a gente tem algumas educações continuadas que a gente dá para a equipe, e essa forma é diferente, bacana. O pessoal já está cansado daquela forma de ler, olhar e escutar; então você um trabalho que foi feito pelos colegas, às vezes dá aquele clique ”olha lá, meu trabalho está na mídia... É assim que eu faço”. Eu gostei, me senti no programa, Hora do Brasil, A Voz do Brasil, eu gostei muito”.

Gardênia: “Eu também gostei muito e como todo mundo, eu levei dois encontros para começar a entender o que era de verdade, eu... Fica assim: ... Eu não estou conseguindo pensar, a cabeça da gente fica tão travada, acabando ficando muito específico, uma visão muito limitada da nossa própria área. Então eu fui e falei, não, pelo amor de Deus, vamos definir sobre o que anos vamos falar, para gente conseguir até criar em cima disso, porque esse coisa do lúdico está ficando muito fora do nosso dia a dia, e isso é uma brincadeira. E eu brincava muito de entrevistar, fita, gravador... Achava isso maior barato e fazer isso depois de grande, eu já tinha esquecido como que era, tive que reconstruir essa parte”.

Lírio: “Na verdade essa vinda de vocês, fez a gente lembrar de um tanto de coisas que a gente pratica e faz aqui e a gente pegou um foco só, mas tem uma gama de coisas, que a gente precisa fazer o cuidado da VISA, de ter o cuidado dessa atividade, dessa assistência, que isso é risco. E isso foi só uma parte pequena, que a odontologia tem um tanto, questão da limpeza, um tanto de coisa que envolve, somos quase 80 funcionários aqui dentro”.

Gardênia: “Interessante também, no dia que a gente foi ler o texto, sentados para refletir nosso trabalho, que tinha algumas coisas escritas que eu falava assim: ... não gente, isso aqui a gente não vai falar desse jeito não. Sentados para refletir nosso trabalho, que a gente se da conta ad gravidade da coisa e dos riscos que a gente está exposto e não consegue mensurar isso e na hora que estávamos todo mundo refletindo, pelo amor de Deus, vamos tirar isso aqui, porque o povo nem vai vir mais aqui aplicar nada, ficou pesado... A realidade nua e crua é daquele jeito, mas achei também que foi uma forma suave de passar conhecimento. Todo mundo trocou muita coisa na construção daquele diálogo, muita coisa que não sabia... E no geral, aquela grande brincadeira, que é aquela coisa da gente achar que só pode falar sério, tudo é sério, tudo é grave, então foi de uma

forma lúdica. Todo mundo já brincou de entrevistar alguém, fazer reportagem, conseguiu dar o recado, de uma maneira bem objetiva”.

Flor: “Eu desde quando ele falou, eu já me empolguei toda! Gente fazer no rádio, que a gente já fez no teatro, então assim, aquilo para mim, já veio mil ideias na cabeça, de misturar rádio com teatro, achei muito interessante, acho que é uma forma muito boa de mostrar uma coisa séria, de forma agradável e que as pessoas vão aprender mesmo. Às vezes você usar mil palavras de várias formas e que não tem resultado, eu acho essa forma muito legal, eu gostei demais”.

Especializando 1: “Na verdade, nós estamos desenvolvendo mesmo uma metodologia, é um projeto aplicativo que a gente está tentando criar, a ideia de um projeto, o nome é projeto aplicativo, ou seja, um projeto que possa ser aplicado. Então, isso que nós estamos fazendo aqui, é para mostrar que o projeto é viável. Na metodologia mesmo a ser aplicada, não faríamos isso com essa rapidez que nós fizemos aqui. Ela até falou... Na segunda reunião eu comecei a entender, então, é claro, na terceira acabou, então na verdade, foi tudo muito rápido, o ideal mesmo é constituir um grupo deste tipo que nós constituímos e ficar, por exemplo, dois meses para fazer um programa desse, mas por que dois meses? Porque o que interessa para a gente, nessa metodologia, não é o final, não é o programa do final, foi o processo pelo qual nós passamos para chegar até ele, é o que vocês falaram, de criar um espaço onde se possa compartilhar, discutir coisas sem aquela coisa de hoje vai ter aquela palestra sobre o risco de aplicar injetáveis, todo mundo vai para a palestra desanimado, a metade dorme... E no final você sai de lá...”

Magnólia: “Particularmente eu acho que é um exercício que nós vamos fazer. Eu acho que a gente precisava testar com a próxima capacitação que a gente fazer, nós estamos trabalhando agora com a questão da criança, a pediatria está fazendo um trabalho. E a gente ainda continua naquela proposta que vocês mesmos colocaram aqui, de aulinha que alguém escuta e alguém transmite. Por mais que a gente acha que pode ser um processo problematizador, ele é pouco ainda aprendido pelas pessoas, e eu acho que a gente não tem a obrigatoriedade de transmitir, mas de construir com saber de cada um. Nós fizemos um exercício recente que foi a nossa oficina de abordagem familiar, o qual a nossa oficina foi que cada um pudesse tá falando um pouco de como que tá o seu trabalho. Então isso também é um pouco de programa de rádio, porque é um programa de como é o trabalho, como eu vejo o meu trabalho e como outro está vendo o meu trabalho; cada um pôde estar falando um pouco disso. Então são exercícios de metodologia de construção de conhecimento que eu acho que a gente devia testar um pouco mais, e acho super bacana que é um processo que vai dizer tudo. Que o resultado é bacana, que na hora que eu vejo a voz de cada um aqui, não sei se vocês sentiram isso, deu um peso, tem um sentido tão

diferente ficar se vendo ou se ouvindo nessa construção, que é muito legal! Que é outra coisa que a gente não faz, a gente fala e depois a gente fica até com medo do que vai escutar não é? (rsrsrsrrss) – Depois eu escuto, é um eco depois, é super bacana! Então as duas coisas são muito importantes: o processo de construção (que diz da possibilidade de estar realmente construindo coletivamente) e o momento depois que é a realização que é escutar o que você produziu. Isso eu achei da melhor qualidade, acho que é uma coisa nova! Tipo assim: – Vocês produziram isso, vamos ver aqui o que é que foi isso mesmo? Muito legal isso! E há a voz, não é um registro de alguém de ata de reunião, então é uma coisa, se a gente pudesse ter um aparelhinho de gravação (rsrs), assim, seria muito legal!”

Especializando 1: “O que é bacana é que na verdade a gente usou esse aparelho, mas se não tivesse esse aparelho, a gente poderia fazer com celular, com iphone, com computador, dá para fazer isso, sabe? Na verdade quando eu estou dizendo que o processo é mais importante do que o produto, eu estou querendo dizer o seguinte: quando a gente vai trabalhar com rádio mesmo, a gente chama de programa de rádio, quando a gente fez uma prévia da apresentação desse projeto lá no nosso grupo, e alguém até falou: – Vocês estão falando de rádio isso vai passar na Itatiaia, onde é? – Não, nós conversamos sobre isso, é programa de rádio porque a gente usa a linguagem do rádio, certo? Por isso que a gente chama de programa de rádio. Então o que eu estou querendo dizer que é mais importante o processo, porque se tecnicamente eu vou ter condições de fazer uma coisa nota 10, não tem problema eu faço o que dá pra fazer não é? Inclusive em relação aos conteúdos, o que tá lá: tá inconcluso, tá precário, ou tá faltando alguma coisa? O conhecimento é assim mesmo, a gente nunca vai conseguir dar conta de tudo. E o que é bacana é que nossa idéia é exatamente essa. Esse programa agora sairia dessa unidade e ele vai para uma outra unidade, quando chega na outra unidade eu faço uma reunião com o pessoal e falo: – Gente, estamos propondo trabalhar com rádio, então estou trazendo aqui para vocês um programa de rádio que foi feito lá no Dom Bosco, vamos ouvir? Aí eles vão ouvir. – Nós já fizemos um roteiro para discussão desse programa que a gente fez aqui. E eles vão discutir esse programa lá, tentando entender o que é a situação do Dom Bosco em relação à aplicação de injetáveis, quais os riscos foram identificados aqui”.

Magnólia: “Em cima do conteúdo”.

Especializando 1: “Em cima do conteúdo. O que é diferente lá? Como é que funciona lá? Aí eles vão discutir: – Ah mais assim não é aqui não! Ela falou isso ali, mas está errado, não é assim! “– Tudo bem! Então vamos discutir como é que é?” O que interessa para a gente é a discussão, no fim o que interessa é a discussão, você discute e depois você fala para aquele centro de saúde: – Então vamos fazer um programa aqui? – Vamos. – Então vamos fazer a mesma coisa, vimos a percepção de risco de vocês, é um questionário

daquele, em cima dessa percepção vamos discutir e eleger um desses riscos e vamos fazer um programa? – Vamos. Aí vamos fazer o programa. – Vamos escolher o formato? Vai o ser igual a esse? Vai ser uma rádio novela? Vai ser um outro tipo de programa de rádio? Vamos fazer o programa. Terminado esse programa, nós vamos com esse programa agora para uma outra unidade e vamos falar a mesma coisa. – Olha, lá no Jardim Montanhês, fez isso aqui, querem fazer? Quando chegar 10, a gente faz um CD com os 10 programas e vamos colocar na Web tá? Para quem quiser baixar, ouvir... E a cada 10 a gente faria o programa. Esse é o Projeto Aplicativo da maneira geral”.

Magnólia: “Muito bacana”.

Gardênia: “Interessante também que teve a parte teórica do rádio, dessa parte analítica e trouxe pra gente o que era vinheta, sonora”.

Lírio: “Eu agora escuto o rádio, não dou conta de escutar mais não, que eu fico assim olha a sonora, isso é vinheta”.

Gardênia: “Também (rsrsrsrs). Quando a pessoa tá dando aquela informação...”

Lírio: “Olha essa vinheta pega! (rsrsrs) Essa vinheta aí é boa!”

Gardênia: “Não é?”

Lírio: “Tem rádio que agora me incomoda. (Rrsrsrs)”

### **Sussurros**

Lírio: “Nossa! Realmente agora eu fico analisando sabe?”

Gardênia: “Fica mesmo! Não consigo escutar mais só como uma mera ouvinte. Não é nem entender, é ter uma noção, você passa a ser mais crítico, né? É muito interessante”.

Lírio: “O que eu mais gostei foi da sonora e da vinheta porque todo rádio tem mesmo (rsrsrsrs)”.

Flor: “Agora a questão é o tema, né gente, a discussão de poder tratar da questão da gestão, riscos nas unidades, porque a gente enquanto enfermeira, eu sempre tive necessidade de falar sobre isso. A gente fica numa angústia, né? Quando acontece certos erros e quando a gente fica na mídia então nem se fala, né? Todo mundo vê”.

Gardênia: “Eu acho que essa escolha também da aplicação de injetáveis foi por causa que “tava” no auge da discussão dos erros”.

Lírio: “E são inúmeros os riscos, e à medida que isso for passando de um centro de saúde para outro, tomara que o pessoal vá elegendo outros riscos”.

Especializando 1: “Mas essa é ideia, e na verdade, como eu disse, nós fizemos três reuniões, só para mostrar que é possível fazer um programa de rádio. Veja bem, se nós conseguimos fazer em três reuniões, então se a gente tem um tempo maior, a gente vai fazer uma discussão ainda maior”.

Gardênia: “Há controvérsia, porque se às vezes a gente até se emaranha com outras conversas e às vezes não é tão produtivo, que ali também a gente tava ... Carro apertado é que chia, né?”

Especializando 1: “Mas é por isso que nós estamos criando a metodologia, então criar a metodologia, vou dizer assim pra alguém que quer aplicar: – Olha, no primeiro encontro você tem que falar sobre linguagem do rádio, falar isso... Pra como exercício faça... Lembra daquela discussão do roteiro que fizemos? Que é ouvir o programa e identificar o que era. Esse é um exercício metodológico importante. Depois faça isso... A metodologia, é claro, varia de grupo pra grupo, o grupo aqui é muito bom”.

Gardênia: “E deu certo, a gente não sabia nada de nada e com essa abordagem nós começamos a entrar no tema. Porque falar da parte que cabe a cada um de nós da parte específica, parte de risco, isso aí já tem na ponta da língua, mas conseguir falar disso de uma outra forma...”

Violeta: “Mas na verdade todos nós aqui fazemos aplicação de alguma forma, acho que isso ficou muito claro. O Nelson da Zoonoses junto com os ACS's eles fazem aplicação da vacina no cão, fora isso os ACS acompanha a gente nas visitas domiciliares pra coleta de sangue, pra fazer vacina, fazer curativo. a Dra. Flávia lá na hora vai anestésiar. – Não mexe no meu dente se não anestésiar, né? Então eu acho que levou todo mundo a uma série de raciocínio. – Gente, será que eu to fazendo aquilo no automático, ou será que eu vou precisar agora relembrar, pensar lá na minha época de escola, na época do curso, quando a Juliana, a Cássia ensinaram a gente ? Eu puxei um pouco isso, pensando “será que eu tô muito no automático?”Então eu acho que isso fez uma reflexão bacana, e o primeiro encontro eu só acho que deveria ser mais dirigido assim, que é um trabalho voltado pra gente entrar muito na educação continuada dentro da unidade que agora é um foco que tem participação de várias pessoas, vários grupos aqui dentro. Então é bacana puxar mais por esse lado também sabe? É mais uma técnica”.

Especializando 1: “Mas essa é a idéia, na verdade a comunicação aqui ela não é um fim, é um meio pra gente poder trabalhar. Vou fazer uma provocação, o que acontece? A gente acabou reunindo, é um grupo que ta se encontrando e eu queria saber em termos de relação. Vocês acham que é importante no sentido de criar relações entre as pessoas? Que

na verdade estou imaginando que é um encontro e tem uma certa descontração, né? Vocês acham que isso tem importância ou não?”

Gardênia: “Tem! A gente tem reuniões muito graves”.

Lírio: “Esse tipo de reunião eu acho 01 senta e 3 falam, e os 3 que falam, fala assim: – Agora você pode falar. Você pode ficar com dedo, né? Apontando. A gente tá cansado disso um pouco, sabe? Maçante. Eu gostei dessa aqui porque ficou assim: O que será isso? Nós descobrimos juntos, nós aprendemos juntos e nós desenvolvemos juntos, com participação e ajuda de todo mundo”.

Violeta: “É, eu acho também assim! Às vezes a gente nem se esbarra, né? Por exemplo, a Cláudia e a Rose, na sala do dentista, eu e a Telma, a gente trabalha na rua... A gente assim quase não se esbarra, a Juliana, né? É o momento que juntou todo mundo, que no dia a dia não consegue tá junto, variou de profissional e de profissão, e conseguiu aquela descontração e estar aqui”.

Gardênia: “É, e eu acho que teve espaço pra aprendizado, mas teve espaço pra piada também, pra essa coisa descontraída que a gente ia falando assim ... lá escrevendo lá, e as falas; de repente saía uma piadinha no final, né? Isso é porque a gente no trabalho, no dia a dia e nas reuniões que nós somos convocados, se você faz uma piada, você é visto até com maus olhos “tá levando na brincadeira”, né? Então a gente fica mais retraído mesmo. Então é um espaço, eu acho, de mais comunicação mais leve, mais leve, acho que é isso”.

Lírio: “Tipo aquele programa dos “ASPONES”, na hora que a gente vai tomar o cafezinho (rsrsrsrs), sabe? Deu a impressão disso mesmo, né? Não é a hora do cafezinho que fala a verdade, não é Flavinha? A gente sentiu isso sim “tá rolando aí um programa de rádio”. Porque os que não vieram ficaram assim: – O que é isso? Falei: – Ah! Você não foi”.

Gardênia: “– Vai passar em que rádio? – Nossa, até que eu te explico tudo, vai demorar muito. Mas é mesmo, porque nós passamos vários momentos de encontros pra entender e construir esse programa. – O que é esse programa? – Ah, tem que te explicar, mas não é assim não”.

Especializando 2: “Eu vou fazer uma pergunta direta então. O que vocês acham? Qual de vocês imagina que será a reação dos seus colegas ao ouvir um programa desses?”

Margarida: “Porque no princípio, assim que teve o primeiro encontro, teve uma polêmica muito grande, tinha uma colega nossa que ela tinha entrado, depois ela saiu. Ela se incumbiu de reunir o resto do pessoal na segunda-feira pra poder falar sobre isso e conversar sobre o que eles achavam, como é que a gente ia fazer e tudo... E assim, e a

gente ficou... – Ah! Nós estamos cheios de serviço. O pessoal que teve na sexta- feira. – Vem mais isso! Não, ninguém vai impor nada, não é assim. – Gente, mas vamos sentar, a gente vai explicar direitinho. E teve muito mal entendido a respeito do assunto. E depois que tudo encaminhou e chegou quase no sexto... Aí algumas colegas ficaram rondando a gente durante os nossos encontros houve um comentário lá fora. – Nossa! Não era nada daquilo, é uma coisa muito bacana, se eu soubesse, talvez eu tivesse participado. Sabe, então assim, é aquela coisa assim, o desconhecido a gente fica assim... E ao foi assim, tem algumas que não vieram e arrependeu. Deu pra sentir, que na verdade lá fora não sabe exatamente ainda, mas já tem ideia”.

Especializando 2: “O que você acha que eles vão achar desse programa? Qual que vai ser a reação deles na hora que eles ouvirem? Que nós vamos gravar em um CD, mandar pra vocês”.

Margarida: “A reação vai ser aquela assim: –Ah! Por que que eu não estava lá?”

Especializando 1: “O programa na verdade que nós vamos mandar pra vocês , o CD, é muito parecido com o que tem aqui, né? A gente vai fazer uma capinha bem bonitinha e tal”.

Rosa: “Vocês vão mandar depois só pro Dom Bosco?”

Especializando 1: “É, primeiro para o Dom Bosco, porque o Dom Bosco é o piloto pra gente. A idéia de fazer uns dez é se alguém comprar a ideia e fazer, só que nós não sabemos se este projeto vai ser aplicado, é um projeto aplicativo”.

Rosa: “Mas vocês vão propor isso em outra Unidade?”

Especializando 1: “Não, nós vamos propor isso para a Prefeitura de Belo Horizonte. Para o Secretário de Saúde”.

Especializando 2: “Esse é um piloto, na verdade a gente queria provar que isso era possível, que isso traria um espaço de discussão mais suave, né? Pra você falar assim: –Vamos falar sobre os riscos sanitários de aplicação de injetável! O tema que é muito pesado, ele incomoda, é quase que você falar: – Você não está fazendo direito!”

Lírio: “Mais ou menos o que a Telma falou, por exemplo, eu estava vindo pra cá e a Fernandinha ficou assim parada, né? – Ah! Eu queria ter participado também. – Ah! A gente queria tanto ter participado também”.

Gardênia: “O que eu queria comentar, o que eu queria acrescentar, é a forma como a gente... Passa alguém na sala: Ah! Gente! Eu queria tanto ter participado também!”

Rosa: “O que eu queria comentar, acrescentar, é a forma como a gente fez a divulgação. Eu até falei isso no segundo encontro, né? Que houve uma falha nossa até de não ter reproduzido da forma como vocês trouxeram. A gente tentou, mas, assim, em meio a tantas coisas, na correria do dia a dia, a gente talvez, talvez não, houve uma falha da nossa parte de não ter conseguido transmitir a informação para todo mundo e despertado o interesse, porque tanto é que na primeira a gente falou, nossa gente não está vindo na reunião e aí o que aconteceu e eu saí pegando gente, laçando, né? E aí as ACS, elas entraram porque, assim, elas estavam no momento aqui na unidade e a gente achou interessante, porque acrescentaria, era um outro grupo, mas por outro lado tem aquela questão: quem não conseguiu ter a informação, depois a gente teve de criar estratégias pra mostrar o que que seria, do que se tratava. E aí foi quando a Vicentina até se disponibilizou de estar no grupo dela... Foi a Vicentina mesmo, né? Foi... No grupo dela fazendo um momento de divulgação, sabe? E eu contei também com o Nelson e com a Dona Vera pra fazer na Zoonoses, porque senão não teve outra forma de fazer, sabe? De levar até eles. Então, de repente se vocês tivessem tido oportunidade de estar com os grupos, de estar, de explicar com mais claramente como seria, talvez esse interesse surgisse naquele momento”.

Lírio: “Porque a gente já teve trabalho aqui, no Dom Bosco a equipe aqui é uma equipe... É motivacionada? Que está sempre motivada? Não, é... Motivada assim... De outras coisas diferentes. A Terezinha falou muito bem lembrado do teatro que partiu dos ACS's sobre a questão do idoso frágil, né? Que a gente fez aqui, então é cheio de pérolas aí, de artistas assim... É querer mexer só com isso. Então na hora que teve o rádio, mas, realmente eles não entenderam bem a colocação, saiu. Aí ficou a gente. Aí o povo do rádio ficou assim, aquele interrogação assim, mas como vai ser?”

Gardênia: “Mas nem a gente... Eu vejo uma certa dificuldade... Acho que a gente pode ser que no primeiro momento não ficou muito claro, mas para mim só foi ficar claro a partir do segundo. Sem brincadeira! Eu ficava assim, tentando explicar o que era, mas eu não sabia. Mas eu sou aventureira... Então eu não ligo pra isso não... Eu embarco”

Rosa: “Então, se pro próprio grupo foi difícil o entendimento, que estava de frente para vocês explicando minuciosamente como seria, imagina quem pegou através de outros. Você entendeu?”

Gardênia: “Se tivesse tido a oportunidade de talvez abordar o grupo na sua maioria teria talvez uma adesão maior: Ah! Vai ter gente que vai falar assim que ficou faltando, vão fazer de novo. Ah! Podia ter falado sobre aquilo, sempre tem...”

Especializando 1: “Ótimo! Essa é a ideia!”

Especializando 2: “Mas essa é a ideia! Precisamos melhorar o programa? Então vamos regravar? Então você quer ser entrevistada? Vamos fazer de novo? Então essa é a lógica. Então escutou e está faltando? Fulano. Faltou isso...”

Lírio: “Tem gente que vai falar da voz do outro... Ah! Fulano está com voz de taquara rachada...”

Gardênia: “Mas é assim mesmo...”

Lírio: “Ah! Devia ter falado dessa forma...”

Gardênia: “E olha que melhorou porque o Paulo fez um negócio lá, fotoshop na voz...”

Especializando 1: “Não, não fiz absolutamente nada...”

Lírio: “Eu vou te falar sério, o jeito tímido tipo da Mônica, vendo a Mônica falar aqui e vendo a Mônica falar aí... Gente! A Mônica nem fala...”

Gardênia: “Surpreendeu! Surpreendeu! A gente nem escuta a voz da Mônica direito...”

Especializando 1: “E a Mônica... Ela realmente... Também me surpreendeu porque... Surpreendeu porque na verdade, como dizem elas, ela não falava... Na hora que ela pegou o texto para ler, eu falei “uai?” É incrível! Ela realmente tem jeito pra coisa! Ela fala todas as letras com tranquilidade. Realmente eu fiquei assim, eu fiquei...”

Gardênia: “Ela é a nossa...”

Lírio: “É e ela que faz os cartazes, a letra dessa mulher é um ...”

Gardênia: “Você precisa de ver, está escondendo leite mesmo. Apareceu um cartaz... De que que foi daquilo? Uma campanha? Ela escreveu pra odontologia... Perguntei: Laura, quem fez esse cartaz? Eu achei tinha sido feito com régua, alguma coisa assim... Maravilhosa, super caprichosa, uma letra assim... Foi a Mônica! Não, sério! Você tem que ver o cartaz que ela produziu. Ela está escondendo o leite”.

Lírio: “Acho que vai aparecer muitas propostas. Até desse assunto mesmo. Ah! Mas você não falou disso! A Carmelita, aquela de costas ali que entrou, é expert em dar comentário assim: Ah! Faltou isso! Mas vocês não falaram disso!”

Especializando 1: “Então tá! Então você chama a Carmelita e chama quem mais não participou e se vocês quiserem vocês podem refazendo um trabalho inicial... Por exemplo: esse trabalho que a gente fez aí, do roteiro, acho que agora vocês já entenderam um pouco, né? Então façam e se quiserem fazer um novo programa, podem fazer um roteiro prévio, né? Aquele pré-roteiro, manda pra gente, a gente ajuda vocês aqui... A gente viabiliza fazer

isso, se tiver um interesse... Não é, Mara? Pra nós da Vigilância Sanitária é muito interessante isso! Sabe? Porque... olha só... Agora eu vou falar... o tempo todo eu estou falando aqui como aluno, mas como Vigilância Sanitária pra nós o que interessa é o seguinte: quanto mais as pessoas estiverem motivadas para poder evitar o risco sanitário, melhor para nós. Então o que vocês quiserem e precisar da ajuda da gente como Vigilância Sanitária, agora não mais como alunos do curso, a gente está aí para poder também... Tem a comunicação da prefeitura que a gente pode trabalhar em conjunto... Colocar a Vigilância Sanitária, a comunicação, vocês... Que é na verdade a idéia do projeto aplicativo é envolver o setor de comunicação”.

Especializando 2: “Claro!”

Lírio: “Ah! Não! Mas eu achei importante... Eu tava lá em casa lá lendo o roteiro, né? Eu achei que dava para eu vir no dia, não deu pra eu vir... Eu estava lá lendo e aí... Minha mãe perguntou: O que você está fazendo aí? Ah! Estou lendo aqui um programa de rádio que eu to fazendo. É? Programa de rádio? Eu falei é... Ela: qual rádio? Falei: não, mãe! É rádio e é chique, viu? É lá do Sírio Libanês... não é hospital de Belo Horizonte, não... Aí ela ficou achando: é chique mesmo! É lá onde está o Gianechini? Eu falei; É! Lá mesmo! Eu vou tá lá também...”

Gardênia: “E se a gente pensar gente... As vozes... Na hora que os colegas da gente escutar, eles vão parar para pensar, a voz está bem assim pautada, né? Assim... Dá para você entender, não é aquela coisa técnica. Falando devagar... Os colegas realmente entender mesmo, né? Eu acho que vai... Vamos ver o resultado...”

Especializando 1: “Nós temos é agora é traçar uma estratégia para poder fazer uma audição coletiva do programa. Não sei como... A Ilcéia, a Ângela e vocês podem organizar isso. Não sei como funcionaria... Mas seria interessante, algum momento de uma reunião... Não sei se uma reunião que encontra todo mundo... Provavelmente não, né?”

Gardênia: Tem... “A gente vai ter oficinas... oficinas mecânicas...”

Especializando 1: “Ah! É? E nessa oficina vai estar todo mundo junto?”

Gardênia: “Não... Divide em duas turmas, mas todos os trabalhadores”.

Especializando 1: “Então de repente até nessa oficina seja um momento interessante de vocês passar lá o programa. Vou passar o CD para vocês...”

Lírio: “Pois é... Mas se você quiser vim ver como vai ser essa reação...”

Especializando 1: “Ah! Claro! Seria ótimo! Se vocês convidarem a gente seria ótimo!”

Especializando 2: “Na verdade, é aquilo que eu estava colocando para a Ângela: isto aqui nós estamos testando uma metodologia, a proposta é que a gente consiga vender essa idéia para a secretaria, para a gente trabalhar isso enquanto Vigilância Sanitária... Vigilância Sanitária, comunicação e atenção primária... Fazer centro de saúde por centro de saúde, não dá para a gente fazer no atacado, né? Porque envolve a questão de conversar, de reunir, de gravar... É uma de cada vez, não é Paulo? Acho difícil a gente dar conta de...”

Gardênia: “Mas mesmo esse prazo para isso inserido no nosso dia-a-dia, né? É bacana! Sabe? Foi bacana! Até assim o próprio entendimento que foi construído do nada que a gente sabia e o conhecimento técnico do rádio... Pra depois juntar os saberes e que é essa questão que nós estamos desenvolvendo um programa de rádio, mas no final das contas o que a gente estava passando é pelo processo de construção desse produto. Então, eu acho que é muito viável...”

Lírio: “Eu acho que é legal, viu? Porque eu vou falar agora como profissional de enfermagem de hospital, que foi muitos anos de hospital e de posto, que morre de medo de vocês... Ah! Vigilância vem! Ai meu Deus! Preferível o capeta do que a Vigilância... É a vigilância, vai pegar você, vai quase que te comer! Sabe? Fica um mito da Vigilância... Sabe? Em cima da gente... E essa forma aí é uma forma bacana! Falei: olha! O povo da Vigilância é legal! Nossa! Quando eu era enfermeira do Califórnia... Quando falava assim: a Vigilância vai vir aqui amanhã... Falava: não tem jeito do capeta vir? A Vigilância é muito pesada! Então isso é uma forma também de falar que trabalhamos juntos, lado a lado, no mesmo lado. Não é a Vigilância lá, né? Mas é a visão que a gente tem que é essa...”

Gardênia: “É o que ele acabou de falar, a questão do que está fechando aí é uma parceria...”

Lírio: “Eu acho isso super bacana!”

Gardênia: “Eles não vão vir para fiscalizar, vão vir para ajudar a gente!”

Lírio: “A gente só pensa na vigilância, fiscalização, vou fechar...”

Especializando 1: “Uns dos papéis da Vigilância Sanitária, um papel importantíssimo chama-se educação sanitária, que é isso que nós estamos fazendo e propondo isso...”

Lírio: “Mas você entendeu? A gente fica assim, né?”

Especializando 1: “Isso tem mudado muito nos últimos anos... A Vigilância Sanitária durante algum tempo ela teve realmente talvez uma ação nesse sentido, uma postura... Mas hoje não, cada vez ela está menos...”

Lírio: “Mas você entendeu? Acho isso super bacana! Tenho quarenta anos! Estou na década dos quarenta! É bacana! A visão que a gente tinha mesmo era assim: é o povo que

vem aqui para pegar alguma coisa... Não, vem para somar... Olha aí... Vem para... Vamos pensar, vamos refletir, vamos analisar? É diferente! E eu acho que esse estudo de vocês é muito interessante! Eu te garanto que tem gente na rede com esse pensamento! Então isso é novo! Novo!”

## APÊNDICE N - Autorização para uso de imagem e áudio

Autorizo a utilização de minha imagem e áudio decorrente do trabalho realizado no Centro de Saúde Dom Bosco, nos meses abril, maio e junho de 2012, pelos especializandos do Curso de Gestão da Vigilância Sanitária do Hospital Sírio Libanês, que resultou no programa de rádio “Voz da Saúde”.

A presente **AUTORIZAÇÃO** é feita a título gratuito, por tempo indeterminado, abrangendo o uso em todo o território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas:

- I) *Sistema File Transfer Protocol – FTP* da UFC;
- II) *Out-door*;
- III) *Bus-door*;
- IV) Folhetos em geral (encartes, mala-direta, catálogo, etc.);
- V) Folder e cartaz de apresentação;
- VI) Anúncios em revistas e jornais em geral;
- VII) *Home page*;
- VIII) Cartazes;
- IX) *Back-light*;
- X) Mídia eletrônica (painéis, *videotapes*, televisão, cinema, entre outros);
- XI) DVD's;
- XII) Internet.

Por esta ser a expressão de minha vontade, **DECLARO** que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ou qualquer outro.

Belo Horizonte, 15 de junho de 2012

Nome	Identidade	Assinatura

**APÊNDICE P - Proposta de Roteiro para Replicação da Metodologia**

- 1- Reunir trabalhadores de UBS e fazer audição do CD
- 2- Solicitar aos trabalhadores que identifiquem o risco sanitário abordado no CD
- 3- Discutir como este risco é abordado na UBS
- 4- Colocar em discussão se as propostas apontadas no CD são aplicáveis nesta UBS
- 5- Avaliar se a dica do programa é aplicável à realidade da UBS
- 6- Identificar outros riscos sanitários decorrentes das atividades cotidianas dos trabalhadores existentes na unidade, a que está exposta a população.

### APÊNDICE Q – Viabilidade Financeira

Quadro 4 Viabilidade financeira do projeto por Unidade de Saúde

Equipamento	Valores		Alternativas	Observações
	Mínimo	Máximo		
Gravador de Áudio	R\$150,00*	R\$1.000,00*	Telefone móvel; aparelho de mp3	-
Computador	R\$1.000,00*	R\$2.000,00*	-	Disponível nas UBS
Editor de Áudio	-	-	-	Anexo ao computador
Gravador de CD	-	-	-	Anexo ao computador
CD Gravável (10)	R\$5,00*	R\$10,00*	Pen-drive	Comporta até 10 programas
Caixa de CD (10)	R\$5,00*	R\$10,00*	Envelope de papel	-
Papel A4 (500 folhas)	R\$15,00*	R\$20,00*	-	-
Custo fixo	R\$1175,00	R\$3040,00		
Profissional de Comunicação	R\$622,00	R\$2.000,00	Profissional da US com experiência na área; Assessoria de Comunicação da Secretaria de Saúde ou da Prefeitura	-
Custo mensal	R\$622,00	R\$2000,00		

\* Fonte: Shopping UOL, consulta em 06/06/12

### APÊNDICE R – Produtos e Resultados

Quadro 5 Produtos e resultados

Objetivo específico 1: Demonstrar a viabilidade da execução de um programa de rádio em ações de educação em saúde relacionadas ao risco sanitário			
Operação	Produto	Resultado	Indicadores
Construir parceria com a unidade de saúde para realização do programa piloto	Parceria construída	Acesso à US	Ata de reunião comprovando parceria
Mapear a percepção dos trabalhadores da saúde da rede municipal SUS-BH, de riscos sanitários decorrentes de suas práticas	Riscos mapeados	Identificação do risco classificado com mais alto pela US para abordagem no PP	Questionário consolidado e analisado
Desenvolver programa de rádio piloto em uma unidade básica de saúde	Programa desenvolvido	Risco escolhido discutido pelos participantes	Lista de presença dos encontros realizados
Produzir CD com o programa piloto	CD produzido	Construção coletiva	CD gravado
Fazer audição com o grupo de trabalho CSDB	Audição realizada	Rediscussão do risco identificado	Lista de presença do encontro realizado
Avaliar a metodologia programa de rádio com o grupo de trabalho CSDB	Metodologia avaliada	Aprovação coletiva da metodologia	Relatório da avaliação finalizado

continuação

Objetivo 2: Propor a metodologia PR desenvolvida em outras unidades de saúde da rede municipal SUS-BH			
Operação	Produto	Resultado	Indicadores
Estabelecer parceria entre a Gerência de Vigilância Sanitária e a Gerência de Comunicação da SMSA BH para implementação da metodologia desenvolvida	Parceria realizada	Integração das áreas de comunicação e VISA	Inserção da ação na Programação Anual de ações de VISA
Realizar a audição do CD gravado	Audição realizada	Inserção da metodologia na US	Lista de presença na reunião realizada para audição
Discutir com os trabalhadores os riscos identificados pela unidade que realizou o programa piloto e sua relação com a US	Discussão realizada	Inserção da discussão de risco sanitário na US	Lista de presença na reunião realizada para audição
Realizar um programa de rádio com a US	Programa realizado	Replicação da metodologia	Lista de presença nas reuniões realizadas para gravação do PR
Produzir CD com o novo programa	CD produzido	Construção de novo material radiofônico	CD gravado

Objetivo Específico 3: Criar um acervo de programas de rádio para divulgação entre os trabalhadores de saúde			
Operação	Produto	Resultado	Indicadores
Compilar os programas criados	Programas compilados	Criação do acervo	Acervo criado e disponibilizado