

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

**Área de competência “Gestão do
trabalho em vigilância sanitária”**

Sumário

	Título do Projeto aplicativo
1.	A inserção da vigilância sanitária na atenção primária à saúde: Um desafio.
2.	Gestão do Risco, da Educação e Comunicação, e da mudança do Processo de Trabalho: Monitoramento da Qualidade dos Medicamentos Fornecidos pelo SUS.
3.	Inadequada Gestão do Trabalho em VISA frente ao Desafio do MEI no Município de Duque de Caxias.
4.	Monitoramento e avaliação dos planos de ação de vigilância sanitária.
5.	Planejamento em vigilância sanitária integrado ao plano municipal de saúde: um desafio a ser superado para promover a integralidade das ações.
6.	Planejamento estratégico em vigilância sanitária: uma proposta metodológica para os municípios da região metropolitana do Recife.



Ministério da
Saúde



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANA FLÁVIA PEREIRA
ANNE ELIZE MADEIRA GONÇALVES
CARLA ALESSANDRA DA SILVA
CÉLIO MARCOLINO DA FONSECA
CRISTIANE ANDRADE VIANA
CRISTIANO MARTINS DA CRUZ
DENISE GUILHERME DE CASTRO
JULIANA LIMA CHEBLY
NERICE CRISTINA VENTURA COSTA

**A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM DESAFIO**

Belo Horizonte

2012



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA**



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Ministério da
Saúde



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA A SERVIÇO DO SUS – GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANA FLÁVIA PEREIRA
ANNE ELIZE MADEIRA GONÇALVES
CARLA ALESSANDRA DA SILVA
CÉLIO MARCOLINO DA FONSECA
CRISTIANE ANDRADE VIANA
CRISTIANO MARTINS DA CRUZ
DENISE GUILHERME DE CASTRO
JULIANA LIMA CHEBLY
NERICE CRISTINA VENTURA COSTA

A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DESAFIO

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

Orientadora: Silvana Tecles Brandão

Belo Horizonte

2012



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA**



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

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

Ana Flávia Pereira, Anne Elize Madeira Gonçalves, Carla Alessandra Da Silva, Célio Marcolino Da Fonseca, Cristiane Andrade Viana, Cristiano Martins Da Cruz, Denise Guilherme De Castro, Juliana Lima Chebly, Nerice Cristina Ventura Costa

A inserção da vigilância sanitária na atenção primária à saúde: um desafio: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Conselho Nacional de Secretários da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2012.

41p.

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 da Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI.Título.

G333

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTO DA INTERVENÇÃO	15
2.1. Caracterização do Município de Contagem/MG.....	15
2.2. O Distrito Sanitário Nacional.....	17
2.2.1. A Vigilância em Saúde no DS Nacional.....	21
2.2.2. A Vigilância Sanitária no DS Nacional.....	21
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo Geral.....	22
3.2. Objetivos Específicos.....	22
4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
4.1. Matriz Decisória.....	23
4.2. Descritores.....	23
4.3. Árvore Explicativa.....	25
4.4. Identificação dos nós críticos.....	26
5. PLANO DE AÇÃO	27
6. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária à Saúde

BH: Belo Horizonte

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DS: Distrito Sanitário

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IS: Inspetor de Saúde

MG: Minas Gerais

NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família

NC: Nó Crítico

ONU: Organização das Nações Unidas

OP: Operação

PDVISA: Plano Diretor de Vigilância Sanitária

RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SINANNET: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRS-BH: Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

SUS: Sistema Único de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

VIGIÁGUA: Vigilância da Qualidade da Água

VISA: Vigilância Sanitária

VISAMB: Vigilância em Saúde Ambiental

VISAT: Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE TABELAS, GRAFICOS E MATRIZES

Tabela 1 – Distribuição da população de Contagem por faixa etária e sexo, 2010	15
Tabela 2 – Casos notificados de dengue no Distrito Nacional e no município de Contagem no período de 2007 a 2010.....	19
Gráfico 1 – Diagrama de controle de notificação de dengue do Distrito Nacional por semana epidemiológica de início de sintomas.	20
Matriz 1 - Identificação dos Nós Críticos por governabilidade	27
Matriz 2 – Desenho das operações.....	28
Matriz 3 – Avaliação das operações.....	32
Matriz 4 – Cronograma.....	37
Matriz 5 – Matriz de viabilidade do Projeto Aplicativo	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Articulação das redes para Produção da Saúde.....	12
Figura 2: Limites do município de Contagem – MG.....	15
Figura 3: Microrregião de Saúde Contagem da SRS-BH.....	16
Figura 4: Conformação geopolítica de Contagem – MG.....	17
Figura 5: Distritos Sanitários de Contagem - MG.....	17
Figura 6: Administração Regional Nacional – Contagem.....	19
Figura 7: ESF do Distrito Sanitário Nacional.....	19
Figura 8: Árvore explicativa.....	26

AGRADECIMENTOS

No início de nossa caminhada, estávamos repletos de incertezas, ansiedade e a busca por novos conhecimentos. Hoje, já na reta final, temos a sensação de dever cumprido.

Agradecemos a todos que colaboraram com mais este novo passo em nossas vidas: nossos amigos e familiares pelo incentivo, aos gestores pela indicação e colaboração, à coordenação do curso pela parceria, aos facilitadores pela paciência, maestria e amizade construída ao longo dos encontros, ao Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês pela iniciativa de proporcionar um ensino de qualidade e construtivista, à ANVISA e ao Ministério da Saúde pela brilhante iniciativa de proporcionar a nós técnicos a possibilidade de expandir nossos conhecimentos, enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que hoje pudéssemos chegar ao final de mais uma caminhada acadêmica.

Agradecemos também a Deus pelo dom da vida, e por nos conceder esta oportunidade de crescimento mútuo.

Deixamos aqui um abraço a todos os especializandos. Que juntos possamos construir uma VISA cada dia mais enriquecedora, e que o ensino aqui adquirido, possa ser repassado e disseminado de modo a organizar e reestruturar nossa base de trabalho.

APRESENTAÇÃO

O Projeto Aplicativo é parte integrante das atividades do processo de ensino-aprendizagem para a construção do perfil de competências como gestor de Vigilância Sanitária do Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária, realizado de outubro de 2011 a agosto 2012, através da parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde, Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

O projeto foi concebido mediante a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no curso e foi elaborado de forma coletiva, atendendo os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), observando a sua viabilidade de execução, especificamente no local onde será desenvolvido, ou seja, no município de Contagem, Minas Gerais (MG), Distrito Sanitário (DS) Nacional.

Este projeto visa a integração da Vigilância Sanitária (VISA) e Atenção Primária a Saúde (APS) com vistas ao novo modelo assistencial indispensável à construção e garantia da qualidade de vida dos cidadãos do Distrito Sanitário Nacional, Contagem - MG.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como um de seus objetivos a garantia da assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração de ações assistenciais e atividades preventivas. (BRASIL, 1990).

As práticas sanitárias foram impulsionadas e reorganizadas com a implantação do SUS, com a implementação de ações descentralizadas e participativas, tendo como mecanismo a gestão compartilhada e pactuada nos três níveis de governo. A saúde reconhecida como parte do direito de cidadania possibilita maior ampliação das concepções do processo saúde-doença, resgatando sua disposição com os determinantes sociais, valorizando a luta pela promoção e proteção da saúde (SENNÁ, 2010).

O Pacto em Defesa do SUS, implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, apresenta como diretriz a integralidade da atenção à saúde da população por meio de ações prestadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, e ações de assistência e reabilitação. Desta forma é possível verificar que a integralidade resume uma das principais e mais marcantes características da política de saúde por possuir uma gama de fatores determinantes e condicionantes, a saúde necessita de uma abordagem pautada em políticas sociais e econômicas e na interrelação de serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde (MAIA et al., 2010).

Na organização hierárquica proposta pelo SUS, a Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo entre outras áreas, a vigilância sanitária (VISA).

De acordo com a Lei orgânica do SUS,

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

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

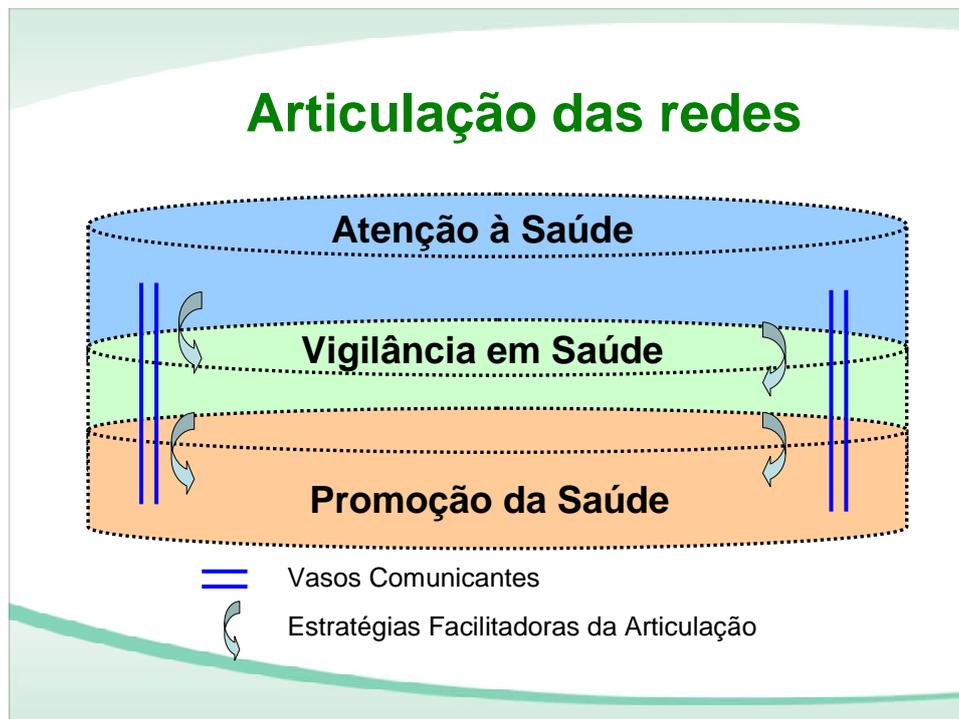
II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990).

Visando a integralidade do cuidado, a Vigilância em Saúde deve ser inserida na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a Estratégia de Saúde da

Família (ESF) como prioridade para sua organização. As redes de atenção à saúde consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos (BRASIL, 2009).

Morais Neto (2008) propõe uma articulação das redes para a produção da saúde conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1: Articulação das redes para Produção da Saúde



Fonte: Moraes Neto, 2008.

Cabe à gestão pública, organizar-se estruturalmente no intuito de articular seus diversos setores na busca de uma gestão voltada aos resultados, ao atendimento, aos princípios norteadores e estruturantes do sistema de saúde e ao anseio da população local. No desenvolvimento deste novo processo, a intersetorialidade assume um papel importantíssimo, pois expande a possibilidade de junção de todos os meios públicos no anseio pelo desenvolvimento de práticas e políticas sanitárias qualitativas, quantitativas e eficientes.

A integralidade da assistência é assumida como um princípio, sendo descrita como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). É também compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário (BRASIL, 2009). Pode ser destacada como um valor que supera um projeto de saúde restritivo em direção a um projeto político emancipador, trazendo inovações na gestão do cotidiano da saúde.

Um grande desafio apresentado à prática da integralidade na saúde é a superação do modelo centralizador e segregado da VISA (MAIA et al., 2010). Sendo uma das mais antigas práticas de Saúde Pública do mundo moderno, as ações de VISA estão historicamente associadas ao processo de regulação, monitoramento e inspeção de produtos e serviços visando prevenir e reduzir riscos à saúde individual e coletiva (SENNA, 2010). Apesar de todo o histórico, até recentemente, a VISA permaneceu esquecida como um componente do sistema de saúde (O'DWYER et al., 2010).

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), implantado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2007, foi o documento base para a análise das propostas de integração das ações de VISA com os princípios do SUS apresentando as diretrizes norteadoras para a consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, priorizando um eixo de ações voltado à atenção integral à saúde. Enfatiza também, a necessidade da articulação das ações de VISA com as demais políticas públicas (BRASIL, 2007).

Independentemente das regulamentações e formas de gestão, a VISA deve ampliar seu objeto de ação e seu modo de trabalho. Deve incluir técnicas de comunicação com a sociedade e com outros profissionais de saúde e ações intersetoriais, propiciando novas práticas através da inclusão de novos conhecimentos (O'DWYER et al., 2010).

De acordo com a Portaria 3252 de 22 de dezembro de 2009 do Ministério da Saúde, que aprova diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pelos entes federados,

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é, portanto, condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados positivos para a saúde pública, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes: compatibilização dos territórios de atuação das equipes; planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas; monitoramento e avaliação integrada; reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio

matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (BRASIL, 2009).

Na atenção primária, a busca pela reestruturação da prática focada no atendimento integral e por serviços de qualidade, eficientes e resolutivos devem ser objetivos norteadores da vigilância sanitária em sua inserção neste nível de atenção. Espera-se que os profissionais que atuam na atenção primária, além das ações assistenciais, realizem ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos, incluindo a identificação dos riscos sanitários potenciais.

Nesse contexto, verifica-se a necessidade de criar estratégias de gestão que possibilitem provocar a inserção da VISA na atenção primária à saúde, e potencializar os resultados do cuidado à saúde a fim de alcançarmos a integralidade.

Dessa forma, pretende-se com o projeto aplicativo, planejar ações integradas com a atenção primária à saúde, baseada na análise situacional de saúde tendo o território como delimitador das ações de acordo com as particularidades do município de Contagem/MG.

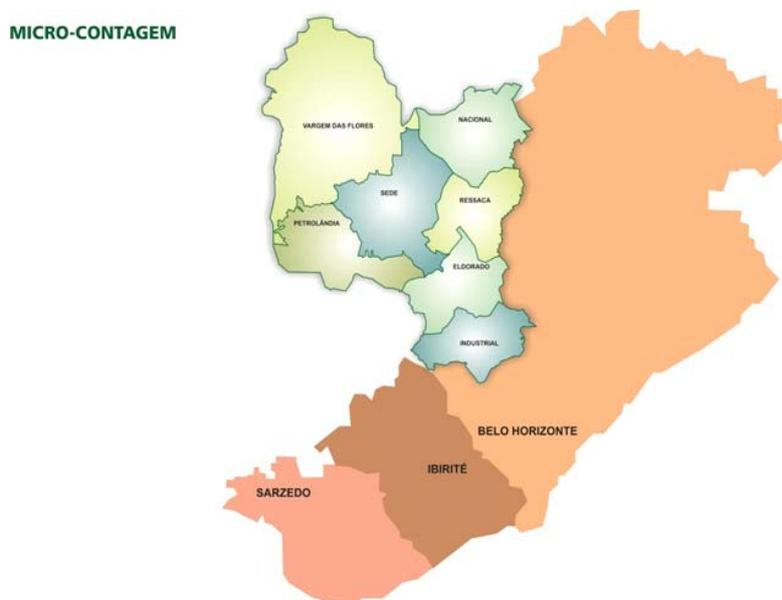
Para se concretizar o direito à saúde, é necessário articular os diversos atores envolvidos no processo, como forma de promover o avanço e o desenvolvimento de novas práticas de saúde. Portanto, deve-se pensar e agir sobre o espaço de ação de forma intersetorial. A partir disso, é possível a expansão de novos mecanismos e ferramentas que possibilitem o planejamento estratégico e a implementação das diretrizes propostas por este projeto no município de Contagem.

A análise do cenário demonstrou ser favorável a implantação deste projeto, uma vez que os atores sociais apoiam essa diretriz que está contemplada e aprovada no Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Ao inserir os atores, Conselho Municipal de Saúde, Gerência e equipe da VISA, Gerente da Vigilância em Saúde, Gerência e equipe da APS, Superintendência de Atenção à Saúde e Secretário Municipal de Saúde, no processo decisório, será possível melhorar a resolutividade no cuidado da saúde da população.

O município integra-se ao núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da RMBH. Trata-se de município qualificado como de gestão participativa além de ser município-pólo da microrregião que envolve Contagem, Ibirité e Sarzedo (FIGURA 3).

Figura 3. Microrregião de Saúde Contagem, Superintendência Regional de Saúde (SRS-BH)



Fonte: Assessoria de Comunicação da Saúde/Contagem/MG

A maior parte da população economicamente ativa está distribuída nos setores de comércio e serviços, seguido do setor industrial. A renda per capita média é de R\$ 280,59 e o município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789 (CONTAGEM, 2011).

O município está dividido em sete Distritos Sanitários (DS) e oito regiões administrativas, não havendo correspondência entre eles, conforme Figuras 4 e 5. Contagem tem uma extensão territorial total de 195,2 Km² (CONTAGEM, 2011).

Figura 4 – Conformação geopolítica de Contagem/MG



Fonte: www.contagem.mg.gov.br

Figura 5 – Distritos Sanitários de Contagem/MG



Fonte: Assessoria de Comunicação da Saúde/Contagem

A rede de atenção à saúde do município de Contagem está organizada da seguinte forma:

Atenção Primária: composta por 88 Equipes de Saúde da Família (ESF), 18 centros de saúde, 08 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Atualmente, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família atinge, aproximadamente, 52% da população de Contagem.

Atenção Secundária: composta por 02 Unidades de Consultas Especializadas, 01 Centro de Referência à Saúde do Homem, 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 01 Ambulatório de Referência aos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis. A atenção à urgência é composta por 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Outros serviços de apoio existentes ainda no município são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que, no caso de Contagem, são 3: CAPS II (adulto), CAPSi (infanto-juvenil) e CAPS Álcool e outras Drogas.

Ainda existe o Laboratório Central que congrega o processamento e análise dos exames para as doenças de notificação compulsória no município.

Atenção Terciária: caracteriza-se pelo Hospital Municipal José Lucas Filho e pela Maternidade Municipal de Contagem.

2.2. O Distrito Sanitário Nacional

O projeto aplicativo será realizado através de um projeto piloto no Distrito Sanitário Nacional. Diversos fatores contribuíram para escolha dessa região, entre elas: único distrito que

possui um comitê distrital de vigilância em saúde, com participação da atenção básica, viabilidade política e o perfil epidemiológico da população que demonstra alta vulnerabilidade social, sendo um distrito prioritário para implantação das práticas de vigilância sanitária na atenção básica.

Recentemente, esse DS foi selecionado para integrar o Programa Conjunto Segurança com Cidadania: "prevenindo a violência e fortalecendo a cidadania, com foco em crianças, adolescentes e jovens em condições vulneráveis em comunidades brasileiras". Trata-se é uma iniciativa de seis agências da Organização das Nações Unidas (ONU), em parceria com o Ministério da Justiça, que tem como objetivo promover ações que auxiliem na redução da violência que afeta crianças e jovens entre 10 e 24 anos. Contagem foi um dos três municípios brasileiros selecionados, através de edital público, para participar do programa.

O DS Nacional está situado na divisa com o DS Ressaca (FIGURA 6), com o município de Belo Horizonte (Administração Regional Pampulha) e com município de Ribeirão das Neves.

O DS Nacional possui 14 equipes da ESF (FIGURA 7), dois NASF, uma Unidade de Apoio ao NASF (dois psicólogos, um ginecologista e um psiquiatra), duas Farmácias Distritais, dois postos de vacinação, dois postos de coleta de material biológico fixo (Laboratório SEPARE) e um posto volante. A Equipe do NASF é composta de Pediatra, Ginecologista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Assistente Social.

A população do DS Nacional cadastrada até abril de 2011 pelas 14 equipes da ESF foi de 17.866 famílias, totalizando 64.516 habitantes.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 76,4% dos indivíduos de 7 a 14 anos do Distrito Sanitário Nacional frequentam a escola. Na população acima de 15 anos, 92,0% é alfabetizada. Em relação às condições de moradia, 99,9% das casas do DS são construídas de tijolo/adobe e 97,7% têm energia elétrica. Esses dois indicadores não apresentaram diferenças entre as áreas de abrangências das equipes.

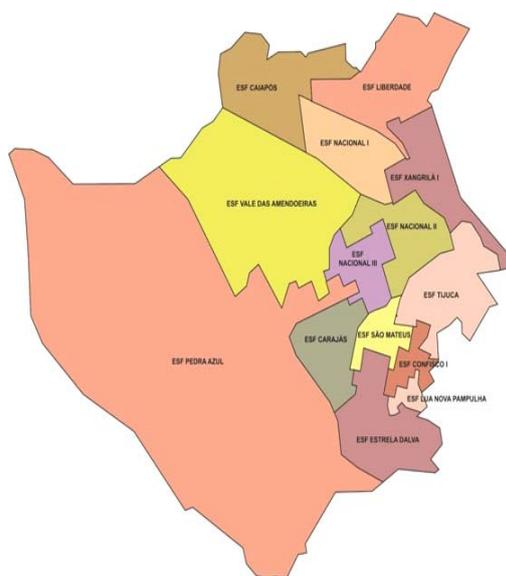
Quanto ao abastecimento de água, 99,6% das residências utilizam água da rede pública e 0,4% poço ou nascente. Água filtrada é consumida em 91,9% das residências. O lixo doméstico de 99,3% dos imóveis do DS é coletado pelo sistema de limpeza urbana. O principal destino das fezes e urina de 78% das residências é o sistema de esgoto, 19,2% utilizam fossa e 2,8% é a céu aberto.

Figura 6 - Administração Regional Nacional



Fonte: www.contagem.mg.gov.br

Figura 7 – Equipes Saúde da Família, DS Nacional



Fonte: Assessoria de Comunicação da Saúde/Contagem

Em relação aos agravos de notificação compulsória, no ano de 2010, foram notificados 2.209 agravos no Distrito Sanitário Nacional e os principais foram dengue, diarreia, varicela, atendimento antirrábico e conjuntivite, conforme registro do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-net), 2010.

Em 2010 foram notificados 1.151 casos de dengue no DS Nacional. Em relação aos anos anteriores observa-se o aumento no número de casos da doença no Distrito, acompanhando o verificado no município (Tabela 2).

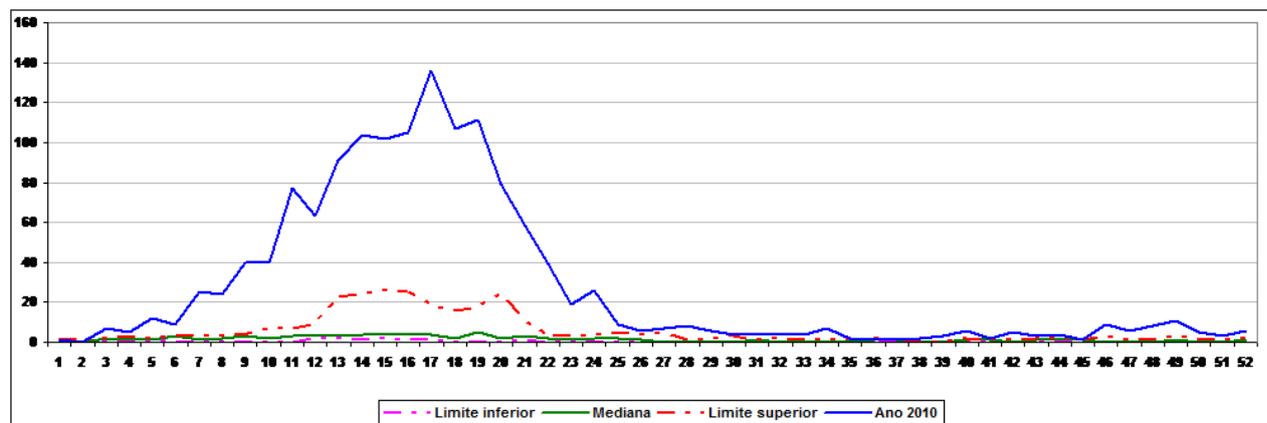
Tabela 2 – Casos notificados de dengue no Distrito Sanitário Nacional e no município de Contagem, no período de 2007 a 2010.

Local	Ano 2007	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010
Distrito Sanitário Nacional	156	358	426	1.151
Contagem	1.276	2.851	3.799	8.536

Fonte: SINAN-net, 2007-2010

O diagrama de controle mostra que em 2010 houve uma epidemia no Distrito. O número de notificações durante todo o ano foi maior que o limite superior calculado a partir do número de casos de 2002 a 2009 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Diagrama de controle de notificação de dengue do Distrito Sanitário Nacional, por semana epidemiológica de início de sintomas.



Fonte: SINAN-net, 2002-2010

Em 2010 foram notificados no DS Nacional quatro casos de intoxicação exógena, sendo que três foram confirmados. Os agentes tóxicos responsáveis pelas intoxicações foram produtos químicos (dois casos), raticida (um caso) e medicamento (um caso). As intoxicações aconteceram devido à tentativa de auto-extermínio, uso habitual ou acidente.

Foram notificados 362 casos de diarreia em 2010, sendo que a faixa etária mais acometida foi a de 1 a 4 anos de idade, seguida de 20 a 34 anos, e de 5 a 9 anos. Neste DS foram notificados 8,8% dos casos ocorridos em todo o município de Contagem, no ano de 2010.

Em 2009 foram registrados 241 óbitos no Distrito Sanitário Nacional, sendo a taxa geral de mortalidade de 3,89 para cada 1.000 habitantes.

O índice de Swaroop-Uemura é a razão entre o número de óbitos de indivíduos a partir de 50 anos de idade e o total de óbitos. Esse é o indicador do nível de qualidade de vida do qual a saúde faz parte. Quanto maior o índice, melhor são as condições de vida dessa população. Em países desenvolvidos essa razão é igual ou superior a 75% (MEDRONHO, 2003). No Distrito Sanitário Nacional, em 2009, esse índice foi de 61,3% que corresponde ao segundo nível de saúde, ou seja, países com certo desenvolvimento econômico e regular organização dos serviços de saúde. O percentual do DS Nacional foi menor que o observado no município (68,9%).

As principais causas básicas de óbito foram as doenças do sistema circulatório (24,5%) seguidas de causas externas (21,2%) e neoplasias (12,9%). Os óbitos por causas externas apresentaram percentuais acima que o observado em Contagem (15,8%). Entre 15 e 49 anos as causas externas foram as primeiras causas de óbito, principalmente no sexo

masculino. As doenças do sistema circulatório e as neoplasias foram as principais causas de óbitos nos indivíduos acima de 50 anos.

2.2.1. A Vigilância em Saúde no DS Nacional

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é composto por um epidemiologista e um auxiliar de enfermagem. As ações desenvolvidas, em relação às doenças de notificação compulsória consistem na investigação de casos notificados, orientações sobre coleta de amostras de sangue e outros materiais para exames laboratoriais, buscas ativas de casos, atividades de bloqueio vacinal e quimioprofilaxia, buscando interromper a cadeia de transmissão dessas doenças. Além disso, o setor de Epidemiologia participa do Comitê Distrital de Mortalidade Materno e Infantil e do Comitê Distrital de Vigilância em Saúde, este último, junto com o Controle de Zoonoses.

O Controle de Zoonoses do DS Nacional é composto por um veterinário, trinta agentes de combate às endemias e três supervisores de combate às endemias. É o setor responsável pelas ações de combate à dengue, controle de roedores, animais peçonhentos e leishmaniose. As ações de educação em saúde perpassam todas essas atividades.

A Vigilância em Saúde Ambiental (VISAMB) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), não possuem equipe descentralizada em nenhum dos distritos, mas as ações são realizadas nos territórios, de acordo com a organização dos programas, levantamentos e demandas apresentadas pelas equipes de atenção primária e população. A VISAMB realiza principalmente, atendimentos relacionados ao programa de Vigilância da Qualidade da Água (VIGIÁGUA) e a VISAT prioriza as vistorias em empresas e residências de acordo com as informações e notificações prestadas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), tais como acidentes de trabalho e outros agravos relacionados à saúde do trabalhador.

2.2.2. A Vigilância Sanitária no DS Nacional

A VISA Contagem está estruturada de forma centralizada, isto é, diferentemente do controle de zoonoses e da vigilância epidemiológica, todo planejamento e direcionamento das atividades é realizado pelo nível central. Da mesma forma, todos os trabalhadores são ligados administrativamente à estrutura central e não aos Distritos Sanitários. O trabalho da VISA está dividido em 04 grupos, como se segue, sendo que o primeiro é composto por profissionais de nível médio e os demais com profissionais com formação superior na área da saúde:

- grupo de ações de baixa complexidade, onde inclui o comércio e prestação de serviços, além das ações voltadas ao ambiente e saneamento;

- grupo de alimentos, responsável pela inspeção em indústrias de alimentos, buffets, cozinhas industriais, dentre outros;
- grupo de produtos, que realiza inspeção em farmácias e drogarias, indústrias e distribuidoras de saneantes, cosméticos e produtos para a saúde;
- grupo de estabelecimentos de saúde, responsável pelas inspeções de estabelecimentos voltados para a saúde humana e animal.

Para as atividades de campo, especialmente para o nível médio, o município é dividido em setores dentro de cada Distrito Sanitário. O DS Nacional está dividido em 02 setores, ou seja, 02 profissionais de nível médio devem responder por todas as ações de VISA do distrito. Atualmente há um único inspetor de nível médio responsável em atender essas demandas, mas há previsão de suprir esse déficit com a chegada recente de profissionais do concurso que estão sendo capacitados. No caso dos grupos de nível superior há, em cada um, um inspetor que responde pelos estabelecimentos de sua competência em cada DS. Assim sendo, atuam no Distrito Sanitário Nacional, 4 inspetores de saúde. No entanto as ações realizadas por esses profissionais estão restritas às demandas da VISA, principalmente aquelas referentes ao atendimento de processos para renovação e liberação de alvarás e demandas de outros órgãos, como Ministério Público e Secretaria de Estado de Saúde, não havendo qualquer interação com os problemas de saúde da população do DS.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Integrar a VISA às equipes de saúde da família do Distrito Sanitário Nacional do município de Contagem/MG.

3.2. Objetivos Específicos

- Promover e fortalecer o trabalho conjunto da VISA com a atenção básica, atendendo às diretrizes do PDVISA;
- Participar dos colegiados das ESF;
- Compatibilizar o território de atuação da VISA com o território das ESF;
- Capacitar o NASF e as equipes de saúde da família em VISA;
- Melhorar o intercâmbio entre NASF, ESF e VISA do Distrito Sanitário Nacional para uma melhor articulação na resolução dos problemas de saúde da população.

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1. Matriz Decisória

O que vem a ser problema? Problema é uma discrepância entre o ser e o deve ser, que os atores encaram como evitável e inaceitável ou a insatisfação frente a um resultado de um jogo social que contraria os valores e normas do ator diante da realidade. Considerando a Análise Situacional, o que é problema para um ator social pode não ser ou até ser solução para outro. Assim, a inevitabilidade e a inaceitabilidade são apreciações dos atores sobre o problema, as quais o levam a defini-lo como tal.

Para identificação e seleção dos problemas foi utilizada a Matriz Decisória. O grupo avaliou o valor e o interesse em solucionar os problemas e fez uma pontuação de acordo com a urgência das ações necessárias para enfrentá-los. Após o preenchimento da Matriz foi dada uma pontuação de 0 a 10 para os problemas que tiveram valor alto e interesse positivo. Dessa forma, foi escolhido o problema que obteve a maior nota.

4.2. Descritores

Uma vez identificado o problema a ser trabalhado, é necessário descrever seu conteúdo, ou seja, caracterizá-lo. Assim, busca-se dar precisão ao problema, enumerando de forma precisa os fatos que demonstram a existência do mesmo – os descritores.

Os descritores elencados foram os seguintes:

- grande parte da equipe da VISA desconhece e não se sente parte integrante do sistema municipal de saúde;
- percepção inadequada da VISA no contexto do SUS;
- baixa resolutividade das denúncias encaminhadas a VISA;
- ausência de capacitações das equipes de VISA e APS para identificação de risco.

Em referência aos dois primeiros descritores, alguns referenciais teóricos foram utilizados. Ferraro et al. (2009) descrevem que a importância percebida no debate sobre a legislação e o poder de polícia revelou a presença de uma concepção de saúde pública controlista e coercitiva. Em estudo realizado por Piovesan et al. (2005), foi demonstrado que 75% dos serviços de VISA entrevistados não tinham visibilidade para a sociedade, 87,5% desconheciam seu papel de proteção e promoção da saúde, 75% não entendiam o exercício de seu poder de polícia, para 87,5% dos entrevistados a influência político-partidária prevalecia sobre a missão da Vigilância em (100%) dos municípios pesquisados, a Vigilância Sanitária não tinha influência no contexto político-social. Oliveira e Dallari (2011) *apud* ANVISA (2007) observaram que a participação e o controle social só podem ser exercidos se a sociedade tiver o conhecimento do que é Vigilância Sanitária e, também, se houver o reconhecimento de sua importância como campo de promoção e proteção da

saúde. Apesar de participar do cotidiano da população, seja através da utilização de medicamentos, cosméticos, alimentos, ou mesmo dos serviços de saúde, como os hospitais, a vigilância sanitária ainda não é (re)conhecida como parte integrante do SUS. Costa (2004) apud Leal e Teixeira (2009) relatam que as ações de vigilância sanitária sempre existiram, mas com pouca visibilidade para a população, ou mesmo para os profissionais e gestores da saúde, que se acostumaram a identificar essa área com a atuação policial ou burocrático-cartorial. Lucchese (2006) apud Oliveira e Dallari (2011) citam que a atividade de Vigilância Sanitária, além de fazer parte das competências do SUS, possui caráter prioritário por sua natureza essencialmente preventiva. Esse mesmo sujeito coletivo observou: “a vigilância sanitária pressupõe uma proatividade, um olhar atento, que vai além da inspeção periódica de concessão de alvará ou autorização de funcionamento”. Com efeito, é preciso avançar. A vigilância sanitária é, sem dúvida, muito maior do que sua atividade de execução, de verificação da conformidade e da não conformidade. É preciso priorizar a atividade de vigilância propriamente dita e, em conjunto com os demais componentes do SUS, trabalhar no desenvolvimento integral dessa atividade estratégica para que se possa assegurar qualidade de vida e bem-estar aos cidadãos. De Seta e Silva (2006) apud O’Dwyer et al. (2010) citam que, mesmo após a reforma sanitária, as ações de vigilância sanitária eram norteadas por lógicas distintas:

no que se refere à vigilância sanitária, os princípios e as diretrizes do SUS não integraram sua agenda de prioridades, e ela permaneceu à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor saúde. Na prática, a VISA permaneceu como um espaço restrito e resguardado, pouco permeável à participação da comunidade, consolidando uma atuação na esfera federal que se pautava pela fragmentação das ações e pela prioridade atribuída ao campo da vigilância de produtos e, em menor grau, à área de portos, aeroportos e fronteiras.

Quanto ao terceiro descritor, estudo feito por Ferraro (2009), constatou que o encaminhamento das queixas que chegaram à Vigilância Sanitária aos setores responsáveis/competentes foi entendido como um critério que trataria das questões de emergência e urgência sanitárias e das queixas ou denúncias feitas pela população. Argumentou-se que a vigilância sanitária deveria buscar articulação com outros órgãos para aumentar a sua capacidade de resolução. Informações prestadas pela referência técnica do setor administrativo da VISA de Contagem confirmam que, das 50 denúncias recebidas no mês de maio de 2012, 100% foram atendidas, e 35% destas com retorno ao denunciante. As informações dadas confirmam que 100% das reuniões da APS não tem a participação da VISA, assim como inexistente a participação desta nas reuniões de colegiado da APS, que ocorrem mensalmente nos DS do município.

Quanto ao último descritor, Piovesan et al. (2005) apresentam como resultados a constatação de que 100 % das equipes de VISA utilizadas como instrumento da pesquisa,

desconheciam os dados sócio-econômicos e epidemiológicos dos seus municípios e, por conseguinte, os fatores de risco por eles delineados. Estudo realizado por Leal; Teixeira, (2009), identifica a falta de capacitação dos recursos humanos da Vigilância Sanitária como um problema enfrentado pela Vigilância Sanitária de Salvador/BA. Neste estudo concluiu-se que os profissionais do município não se consideravam capacitados para assumir as ações de média complexidade que estavam sendo repassadas a eles uma vez que não estava sendo cumprindo o que é determinado em lei, ou seja, a capacitação, supervisão e acompanhamento para ações de maior densidade tecnológica. Também este estudo reforça a importância de se ter recursos humanos bem capacitados em VISA - as ações, tanto as básicas, quanto as de média e alta complexidade, exigem especialização dos profissionais, um serviço organizado de forma a desenvolver potencialidades e autonomia, assim como o planejamento de atividades de forma participativa. Garibotti et al. (2006) constatam em uma pesquisa realizada com trabalhadores de vigilância sanitária de três municípios da região metropolitana de Porto Alegre, que a maioria destes não tiveram formação específica sequer para atuar na área da saúde, e muito menos na vigilância sanitária. A formação dos profissionais de vigilância sanitária se dá num processo, muitas vezes, empírico, descontínuo e assistemático e, não raramente, sem comprometimento com o conhecimento técnico e eficácia de ação.

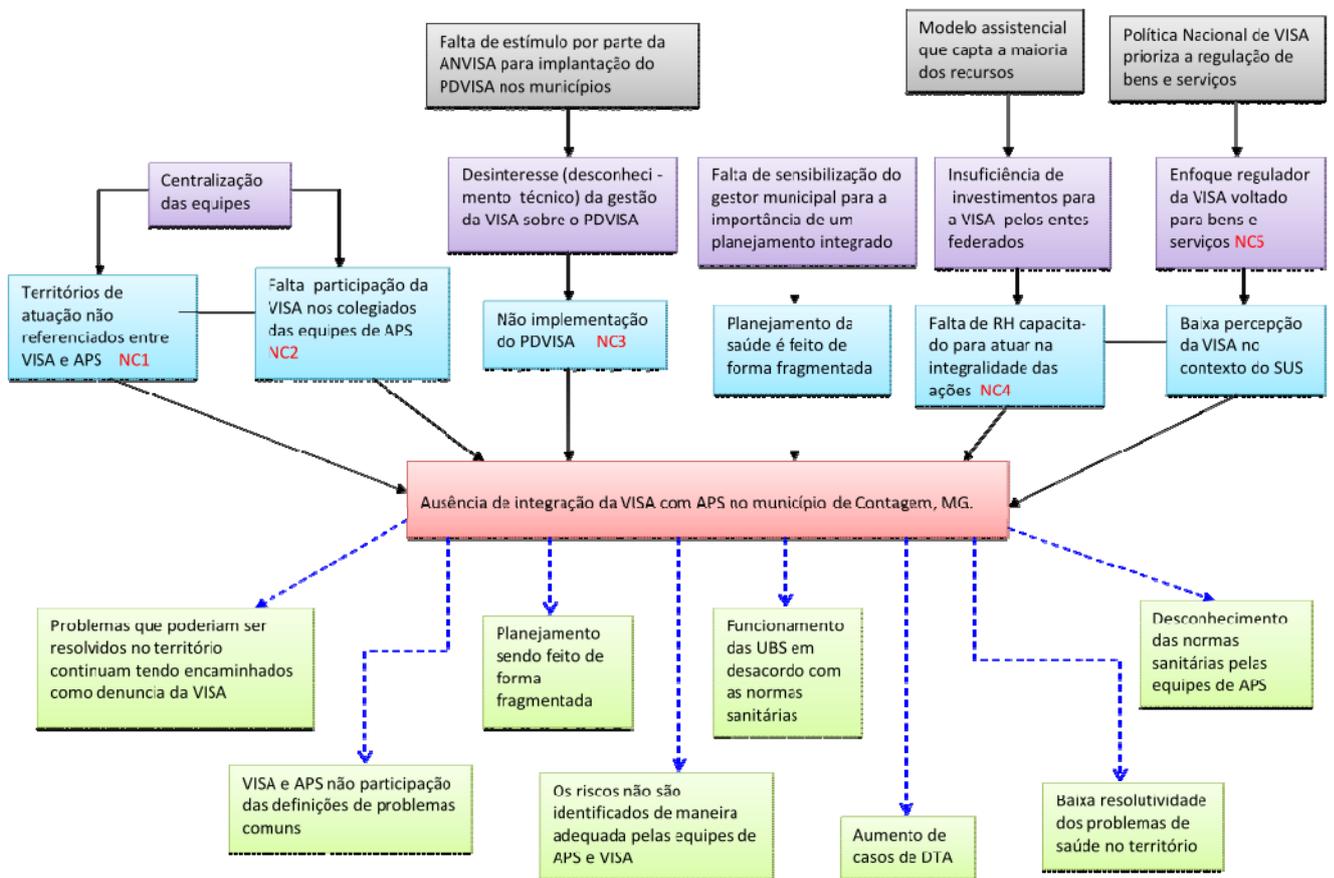
4.3. Árvore Explicativa

O projeto deve conter a justificativa que se constitui na razão que determinou a escolha do seu tema, centrada na análise do ambiente e na formulação do problema. A justificativa inclui a explicação sobre o problema que o produto do projeto deverá resolver, as necessidades a serem atendidas, as oportunidades a serem aproveitadas e os aspectos legais e/ou normativos que devem ser levados em conta.

O objetivo da análise de problemas é estabelecer uma visão geral da situação problemática. Uma boa análise deve integrar os diversos aspectos da realidade e não desenhar apenas um cenário setorial.

Existem vários instrumentos para a realização da análise de situação. Nesse projeto foi utilizada a Árvore de Problemas que constitui um instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas interrelações causais. Nele são estabelecidas as ligações mais importantes, transformando a realidade, que é complexa, numa concepção simplificada a fim de tornar possível uma ação.

Figura 8 – Árvore explicativa



4.4. Identificação dos nós críticos

Uma vez construída a Árvore de Problemas, é necessário então identificar e selecionar os nós críticos (NC), que se constituem nas causas chaves para a atuação, ou seja, o alvo de intervenção no plano de ação. De acordo com Matus (1996) os nós críticos devem cumprir simultaneamente três condições e responderem às seguintes perguntas:

- 1- a intervenção sobre essas causas tem impacto decisivo sobre os descritores do problema e no placar do jogo, no sentido de modificá-los positivamente?
- 2- a causa é um centro prático de ação, onde há possibilidade de intervenção?
- 3- é politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada?

Desta forma, analisando-se todas as causas definidas na etapa de elaboração da Árvore, foram identificados cinco nós críticos, conforme demonstrado na Matriz 1. Considerou-se que todos eles estavam sob a governabilidade dos atores envolvidos, estando o enfrentamento destes nós críticos dentro da capacidade de intervenção dos executores do plano.

Matriz 1 - Identificação dos Nós Críticos por governabilidade

Governabilidade – Dentro das capacidades do Ator	
Nó Crítico	
NC 1	Territórios de atuação não referenciados entre VISA e APS
NC 2	Falta participação da VISA nos colegiados das equipes de APS
NC 3	Não implementação do PDVISA
NC 4	Falta de recursos humanos capacitados para atuar na integralidade das ações
NC 5	Enfoque regulador da VISA voltado para bens e serviços.

5. PLANO DE AÇÃO

O plano é realizado por meio do desenho das operações, da análise do seu impacto sobre os nós críticos, da definição de responsabilidade por cada operação, dos recursos, produtos e resultados de cada operação, da elaboração dos cenários e na reelaboração dos produtos e resultados das operações, levando-se em conta os cenários alternativos. Deve-se atuar sobre cada nó crítico, pois apenas com a sua mudança se poderá alterar o vetor de descrição do problema que escolhemos enfrentar (MATUS, 1996). O impacto sobre os nós críticos deve ser analisado e todas as possibilidades de atuação sobre eles explicitadas. Dessa forma, apresenta-se na Matriz 2 o desenho das operações definidas para cada nó crítico, incluindo-se ações, responsabilidades e prazos.

As operações consistem em meios de intervenção para o enfrentamento do problema para alcançar a situação desejada. Elas utilizam vários tipos de recursos e capacidades organizativas, políticas, econômicas e cognitivas que geram produtos e resultados. A avaliação das operações é apresentada na Matriz 3.

É ainda necessário se avaliar o prazo de aplicação do plano e o tempo em que se pretende alcançar os resultados. O cronograma de desenvolvimento do plano é apresentado na Matriz 4.

Matriz 2 – Desenho das operações

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÕES E ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	PRAZO
NC 1 – Territórios de atuação não referenciados entre VISA e APS	OP1. Identificar o perfil do profissional para atuar no projeto, completando o quadro de inspetores de saúde (IS) do DS Nacional.	Denise	Maio a Junho/2012
	A1. Realizar entrevista em conjunto VISA e APS (coordenações).	Cristiano	Junho
	OP2. Elaborar proposta para compatibilização do território atendido pelo ACS e IS.	Anne	Junho a Agosto/2012
	A1. Realizar reunião com o diretor do DS.	Nerice	Junho
	A2. Conhecer o território existente da APS do DS.	Anne	Junho
	A3. Conhecer o universo de atuação do IS considerando o número de estabelecimentos sob a responsabilidade da VISA e a análise de situação de saúde do DS.	Denise	Julho
	A4. Gerar mapas temáticos utilizando o sistema de geo-referenciamento disponível.	Nerice	Agosto
	OP3. Apresentar o documento com as propostas de mudanças ao Secretário Municipal de Saúde.	Nerice	Julho/2012
A1. Agendar a reunião.			
OP4. Apresentar e discutir a proposta validada com a equipe da Atenção Primária à Saúde e Equipe da VISA do Distrito Sanitário Nacional.	Nerice	Julho/2012	

	A1. Agendar a reunião.		
NC 2 – Falta participação da VISA nos colegiados das equipes de APS	OP5. Incluir a participação efetiva da equipe da VISA nas reuniões do colegiado da APS e no Comitê Distrital de Vigilância em Saúde.	Nerice	Julho a dezembro 2012
	A1. Realizar reunião com o diretor do DS para apresentar a propositura de inserção da equipe da VISA no colegiado da APS, com o objetivo de melhorar a resolutividade para os problemas de saúde da população adscrita.	Nerice	Julho
	A2. Apresentar proposta aos participantes para discussão, complementação e validação e encaminhá-la para a ciência do Secretário Municipal de Saúde.	Nerice	Julho
	A3. Iniciar a participação do IS no colegiado.	Nerice	Agosto
	A4. Incluir a participação da VISA no Comitê Distrital de Vigilância em Saúde.	Nerice	Setembro
	A5. Garantir apoio técnico-político do nível central da VISA para o acompanhamento da participação dos técnicos nos colegiados.	Nerice	Setembro
NC 3 – Não implementação do PDVISA	OP6. Realizar a oficina para implantação das diretrizes do PDVISA.	Nerice	Junho a Agosto/ 2012
	A1. Elaborar projeto e apresentá-lo a equipe da VISA para sugestões.	Denise	Junho

	A2. Apresentar proposta validada pela equipe da VISA para SAS e Secretário Municipal de Saúde.	Nerice	Julho
	A3. Executar a proposta da oficina.	Denise	Agosto
	A4. Elaborar documento reorientador das ações de VISA em Contagem.	Denise	Agosto
	OP7. Discutir a programação anual da VISA (PAVS) 2012 nos grupos de trabalho.	Nerice	Agosto/ 2012
	A1. Eleger grupo de técnicos para monitoramento mensal das ações e metas previstas na PAVS 2012.	Nerice	Agosto
	A2. Divulgar os resultados.	Anne	Agosto
NC4 – Falta de Recurso Humano capacitado para atuar na integralidade das ações	OP8. Elaborar plano de capacitação para VISA, com enfoque nas necessidades apontadas pela equipe, nas diretrizes previstas no PDVISA e na Portaria 3252/09 GM.	Anne	Junho a dezembro/2012
	A1. Aplicar questionário para os profissionais da VISA para diagnóstico dos temas para capacitação.	Cristiano	Junho
	A2. Realizar as capacitações demandadas pelo corpo técnico.	Anne	Agosto a Dezembro
	A3. Definir um cronograma de educação permanente em VISA.	Anne	Dezembro
	OP9. Estimular a participação da VISA em congressos e seminários, com apresentação de trabalhos.	Nerice	Permanente
A1. Divulgar calendário de eventos.	Denise	Agosto a dezembro	
A2. Garantir recursos para o custeio da participação dos técnicos.	Nerice	Permanente	
	OP 10. Elaborar proposta de capacitação com a temática VISA para as	Denise	Agosto

	<p>equipes da atenção básica e NASF.</p> <p>A1. Validar proposta junto com a coordenação de atenção básica e do NASF.</p> <p>A2. Realizar as capacitações programadas.</p>	<p>Nerice</p> <p>Anne</p>	<p>Setembro</p> <p>Novembro</p>
<p>NC 5 – Enfoque regulador da VISA voltado para bens e serviços</p>	<p>OP11. Incluir nas oficinas e capacitações propostas na OP6, OP7 e OP8 conceitos, informações e reflexões sobre a Vigilância Sanitária, com ênfase nas questões educativas, de acordo com a política nacional de promoção da saúde.</p>	<p>Juliana</p>	<p>Junho a dezembro/2012</p>
	<p>OP12. Elaborar e implantar projeto de mobilização social voltado para as ações de VISA.</p>	<p>Ana Flávia</p>	<p>Julho a dezembro/2012</p>
	<p>A1. Confeccionar material educativo e de divulgação das atividades da VISA.</p>	<p>Célio</p>	<p>Julho e agosto</p>
	<p>A2. Fazer uma articulação com emissoras de rádio, jornais e outros meios de comunicação local para disponibilizar informações claras sobre VISA que permitam despertar na população atos de promoção, proteção e prevenção de sua própria saúde.</p>	<p>Ana Flávia</p>	<p>Setembro</p>
	<p>A3. Articular com o conselho municipal, distrital e local de saúde a divulgação das ações de promoção de saúde da VISA.</p>	<p>Denise</p>	<p>Setembro a dezembro</p>
<p>A4. Inserir nos grupos operativos da APS temas relacionados às ações de VISA.</p>	<p>Nerice</p>	<p>Julho a Dezembro</p>	

Matriz 3 – Avaliação das operações

Operação	Ação	Exige Recurso Econômico	Não Exige Recurso Econômico	Produto	Resultado
OP1	A1		Conhecimento para identificar o perfil; Agendar entrevista.	Perfil profissional identificado	Profissional com perfil para atuar no Distrito
OP2	A1		Agendar reunião, sala e telefone.	Reunião realizada	Território Compatibilizado
	A2		Mapas, agendar transporte; visitar as áreas de abrangência e as Unidades de Saúde do DS.	Conhecimento do território	
	A3		Atualização do cadastro de estabelecimentos; Conhecimento da situação de saúde do DS.	Situação de saúde reconhecida	
	A4	Confecção dos mapas temáticos.	Computador; conhecimento do sistema de informação disponível.	Mapas gerados	
OP3	A1		Articulação com o gabinete para agendamento da reunião.	Reunião realizada	Apoio político
OP4	A1		Sala, telefone, computador.	Reunião realizada	Proposta apresentada e discutida

OP5	A1		Elaboração da pauta da reunião, elaboração de ata, telefone, internet, agendar reunião, aquisição de material de escritório;,xerocópias do Projeto sobre a inserção da VISA no colegiado da APS.	Reunião realizada e projeto apresentado	Participação efetiva da VISA nas reuniões do DS, compartilhamento e integração das ações e decisões com apoio técnico e político da SMS.
	A2	Aquisição de lanches.	Distribuir cópias do projeto para os participantes, xerox, papel.	Proposta discutida e validada	
	A3		Organização da agenda para participação, agendar veículo.	VISA presente no colegiado distrital	
	A4		Organização da agenda para participação, agendar veículo.	VISA incluída no comitê de VS local	
	A5		Organização da agenda para participação, agendar veículo.	Apoio técnico-político garantido	
OP6	A1		Material de escritório, papel, impressora, computador, telefone, conhecimento para elaboração do projeto, bibliografia para embasamento teórico do projeto.	Projeto elaborado	Corpo técnico com o conhecimento dos eixos e diretrizes do

	A2		Acesso ao gabinete, reunião.	Projeto validado	PDVISA e apoio político para realizar as ações
	A3	Custo de local; lanche; deslocamento e diária para os convidados externos; Material de escritório e material gráfico.	Identificar e convidar os palestrantes.	Oficina realizada	
	A4		Material de escritório, papel, impressora, computador, telefone, conhecimento para o planejamento e consolidação dos resultados.	Documento elaborado e impresso	
OP7	A1		Material de escritório, papel, impressora, computador, telefone, internet, conhecimento técnico para acompanhamento das ações.	Grupo de Técnicos eleito e PAVS discutida nos grupos de trabalho	Conhecimento das metas pelo corpo técnico, Cumprimento, acompanhamento consolidação e divulgação das metas pactuadas.
	A2	Confecção de boletins informativos	Material de escritório, papel, impressora, computador, telefone, internet, conhecimento para consolidação e divulgação dos resultados.	Consolidado divulgado	
OP8	A1		Parceria com a Diretoria de Desenvolvimento Humano para a elaboração do questionário apoio técnico.	Questionário elaborado e aplicado	

	A2	Custo de local, lanche, deslocamento e diária para convidados e palestrantes, reprodução de material.	Material de escritório, material multimídia, impressora, computador, telefone, conhecimento para definição e organização das capacitações.	Capacitação realizada	Equipe mais qualificada para atender a demanda da VISA e da população
	A3		Material de escritório, papel, impressora, computador, telefone, conhecimento para definição e organização das capacitações.	Cronograma definido	
OP9	A1		Material de escritório, papel, impressora, computador, telefone, internet, conhecimento para busca dos eventos, cadastro em site.	Calendário divulgado	Equipe motivada a participar de congressos e seminários; técnicos atualizados, trabalhos realizados no município divulgados.
	A2	Custo de participação nos eventos com inscrição, hospedagem, transporte e alimentação.	Identificação do recurso, articulação com o Gabinete e acompanhamento do processo com o setor de compras.	Recurso Garantido	
OP10	A1		Material de escritório, papel, impressora; computador, telefone, internet, conhecimento para discussão do tema com as demais coordenações.	Proposta elaborada e validada	Equipe de APS preparada para desenvolver ações integradas com a VISA.

OP11	A1	Elaborar material didático	Conhecimento técnico na área.	Inclusão de conceitos, informações e reflexões sobre a Vigilância Sanitária realizada nas oficinas e capacitações.	Ampliação da visão da equipe de VISA na percepção do seu papel na promoção da saúde.
OP12	A1	Material gráfico	Conhecimento técnico na área abordada, computador, parceria com o setor de comunicação da SMS.	Material educativo confeccionado.	Mobilização Da comunidade quanto às ações de VISA.
	A2		Papel, impressora, computador, telefone, parceria com o setor de comunicação da SMS.	Articulação realizada com os meios de comunicação disponíveis.	
	A3		Papel, impressora, computador, telefone, agendar reuniões com o Conselho.	Articulação realizada com o conselho municipal, distrital e local de saúde.	
	A4	Material gráfico	Agendar reunião com APS, material multimídia.	Inserção realizada com os grupos operativos da APS	

Matriz 4 – Cronograma

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÕES E ATIVIDADES	AÇÕES	PERÍODO / 2012								
			MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
NC1	OP1	A1.									
	OP2	A1.									
		A2									
		A3									
		A4									
	OP3	A1									
OP4	A1										
NC2	OP5	A1									
		A2									
		A3									
		A4									
		A5									
NC3	OP6	A1									
		A2									
		A3									
		A4									
	OP7	A1									
		A2									
NC4	OP8	A1									
		A2									
		A3									
	OP9	A1									
		A2									
	OP10	A1									
A2											
NC5	OP11	A1									
	OP12	A1									
		A2									
		A3									
		A4									

6. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PROJETO APLICATIVO

Os cenários consistem em uma cena ou contexto que definem as condições e pressupostos em que se situa o plano e fora do controle do ator, correspondendo às possibilidades futuras de conformação do contexto que envolve o plano.

Segundo Artmann (2000) para construção e articulação das ações de intervenção é necessário enumerar variáveis simples importantes para o problema em pauta e que poderão interferir negativa ou positivamente na realização das operações e atividades do plano. A análise dessas variáveis é importante para definir os fatores críticos de sucesso do plano de ação. Deve-se explorar o comportamento futuro de cada variável enumerada relacionada aos aspectos políticos e institucionais, técnicos, normativos, financeiros e de contexto. A Matriz 5 apresenta as variáveis elencadas. Após a análise do conjunto de variáveis relacionadas ao cenário de viabilidade do presente projeto aplicativo, verificou-se um cenário extremamente favorável à sua aplicação, com resultado aproximado de 93%.

Matriz 5 – Matriz de viabilidade do Projeto Aplicativo

VARIÁVEIS	CENÁRIOS		
	OTIMISTA	PROVÁVEL	PESSIMISTA
1. Decisão política	X		
2. Adesão da equipe de VISA ao Projeto	X	X	
3. Adesão dos profissionais da APS ao Projeto Aplicativo	X	X	
4. Diretrizes do PDVISA	X		
5. Eleições Municipais		X	X
6. Relevância do projeto no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde referente à Resolução 3152/2012	X		
7. Adesão dos profissionais da Vigilância em Saúde	X		
Percentual de viabilidade	71,42	21,42	7,14

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto aplicativo vem atender aos anseios dos profissionais de saúde e das atuais políticas públicas. Constitui-se em um desafio, pois vem alterar a lógica do trabalho da VISA, tanto no cuidado prestado às comunidades quanto ao setor produtivo. A integração entre VISA e APS promoverá uma melhor articulação na resolução dos problemas de saúde da população derrubando o modelo segregado e centralizado da VISA.

Foram consultados referenciais teóricos, sendo que, a integralidade, princípio do SUS, foi o pilar fundamental para a justificativa do projeto.

Dentre as ações propostas, constam as capacitações e a participação conjunta nos colegiados existentes no Distrito Sanitário Nacional. A compatibilização do território da VISA e das equipes de ESF é condição primordial para que aconteça a integração uma vez que atualmente não há qualquer interação com os problemas de saúde da população entre os dois setores.

Ainda é preciso melhorar a informatização e o cadastro em VISA, garantir educação permanente para os profissionais de VISA, além de garantir a formação de gestores qualificados para VISA.

Espera-se que este Projeto possa ser apenas o ponto de partida para o fortalecimento da VISA do município de Contagem, MG e o reconhecimento da sua importância para o cumprimento da sua missão no SUS.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Plano diretor de vigilância sanitária. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007. In: OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2011.
- ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional em nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da oficina social nº3 desenvolvimento local**. COPPE/UFRJ. 2000.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano diretor de vigilância sanitária**. Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/index.htm>. Acesso em: 14/08/2012.
- BRASIL. Decreto Lei n.º 7.508 de julho de 2011. **Regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2011.
- BRASIL. Lei nº 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 018055. Set.1990.
- BRASIL. Portaria nº 3252 de 02 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**. Brasília, DF. 2009.
- CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 2011. 230p.
- COSTA, Ediná Alves. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 2004. In: LEAL, C.O.B.S.; TEIXEIRA, C.F. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM SALVADOR - BA, BRASIL (Bahia, Brazil). **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.167-79, jul./set. 2009.
- DE SETA, Marismar Horst.; SILVA, José Agenor Álvares. A gestão da vigilância sanitária 2006. In: O'DWYER, Gisele; REIS, Daniela Carla de Souza; SILVA, Luciana Leite Gonçalves da. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.
- FERRARO, Andréa Helena Argolo; COSTA, Ediná Alves; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009.
- GARIBOTTI, Vanda.; HENNINGTON, Elida Azevedo; SELLI, Lucilda. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.5, p.1043-51, 2006.
- LEAL, Cristiane Oliveira Benevides Sanches; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Análise De Situação dos Recursos Humanos da Vigilância Sanitária em Salvador - BA, Brasil (Bahia, Brazil). **Interface - Comunicação, Saude, Educação**, v.13, n.30, p.167-79, jul./set. 2009.
- LUCCHESI, Geraldo. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde, 2006. In: OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2011.

MAIA, Christiane.; GUILHEM, Dirce.; LUCCHESI, Geraldo. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. 2.ed. Brasília: IPEA, 1996. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/livros/l_ipea.html. Acesso em: 14/08/2012.

MORAIS NETO, Otaliba Libaneo. Modelos de Vigilância em Saúde no SUS: Perspectivas da Política Nacional. In: **VII CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA**, 2008, Porto Alegre. Disponível em: http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_24_09_15H45_pdf/Otaliba%20Libaneo.pdf. Acesso em: 03 ago. 2012.

O'DWYER, Gisele; REIS, Daniela Carla de Souza; SILVA, Luciana Leite Gonçalves da. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismar Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007.

PIOVESAN, Márcia Franke et al . Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005.

SENNÁ, Mônica de Castro Maia. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.

GA 23:

ADALTON GUIMARAES RIBEIRO

CARINA MAYUMI YAMASHITA

CINTIA CARDOSO MELANI

EDILSON ROBERTO FRANCI

LUCIANA FELIPPE DE OLIVEIRA

RICARDO ANTONIO LOBO

RITA DE CASSIA DIAS CARREIRA BACOCINI

THIAGO DOS SANTOS DE SOUZA

**Gestão do Risco, da Educação e Comunicação, e da
Mudança do Processo de Trabalho: Monitoramento
da Qualidade dos Medicamentos Fornecidos pelo SUS.**

SÃO PAULO

2012

GA 23:

ADALTON GUIMARAES RIBEIRO

CARINA MAYUMI YAMASHITA

CINTIA CARDOSO MELANI

EDILSON ROBERTO FRANCI

LUCIANA FELIPPE DE OLIVEIRA

RICARDO ANTONIO LOBO

RITA DE CASSIA DIAS CARREIRA BACOCINI

THIAGO DOS SANTOS DE SOUZA

**Gestão do Risco, da Educação e Comunicação, e da
Mudança do Processo de Trabalho: Monitoramento
da Qualidade dos Medicamentos Fornecidos pelo SUS.**

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

Orientador: Rosa Maria Frizzarin Manetti Bueno

SÃO PAULO

2012

INTRODUÇÃO

O presente projeto aplicativo trata da dificuldade encontrada para garantir a qualidade na aquisição de medicamento fornecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a importância e abrangência que tem a utilização destes medicamentos para garantir saúde a população através do uso de medicamentos seguros, eficazes e com qualidade.

Em 1988, a Constituição Brasileira passou a definir que a saúde é direito de todos e o dever do Estado em prover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e confirmou a expressão Vigilância Sanitária como uma das ações de competência do SUS – Sistema Único de Saúde. (13) O SUS, criado no Brasil em 1990, incorporou ações que consolidassem seus princípios e diretrizes, entre eles a garantia de assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica (2,14).

Ao longo da existência do SUS, nesta última década, o acesso a produtos farmacêuticos gratuitamente passou a ser pautado na existência de políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica como parte integrante da política de saúde (3,4).

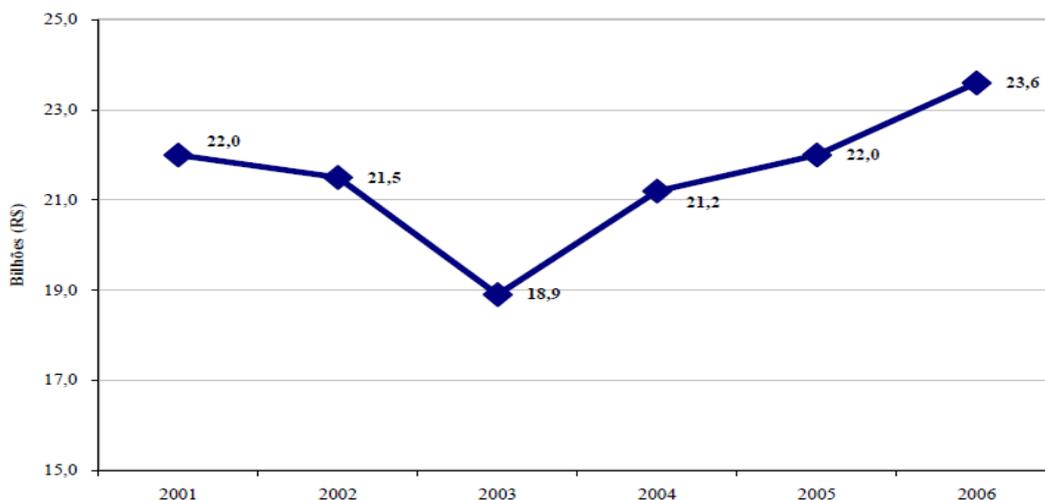
Sabe-se que atualmente este acesso a medicamentos gratuitos tem sido de grande importância para a população Brasileira. Em estudo de base populacional na área urbana de Florianópolis, SC, entre agosto de 2009 e janeiro de 2010, encontrou-se que aproximadamente uma em cada cinco pessoas obteve ao menos um medicamento no SUS. (14)

As aquisições de medicamentos no serviço público podem ser feitas por meio de licitação, dispensa de licitação ou inexigibilidade de licitação. Seja qual for a escolha, esta deverá obedecer a critérios técnicos e legais. O que diferencia as modalidades de licitação é o valor estimado de compras (5,6). A qualidade dos produtos adquiridos tem sido tema de bastante preocupação, uma vez que, com frequência são ofertados produtos de empresas com histórico de laudos de análises com resultados insatisfatórios. (10).

Além disso, devido ao crescente aumento dos custos em saúde, a gestão de medicamentos tem se destacado como um ponto crítico na administração das Unidades de Saúde. Os medicamentos são responsáveis por grande parcela do orçamento público, sendo que não só a quantidade e os custos de aquisição, como também a qualidade do medicamento adquirido tem grande impacto econômico em todo o sistema (10).

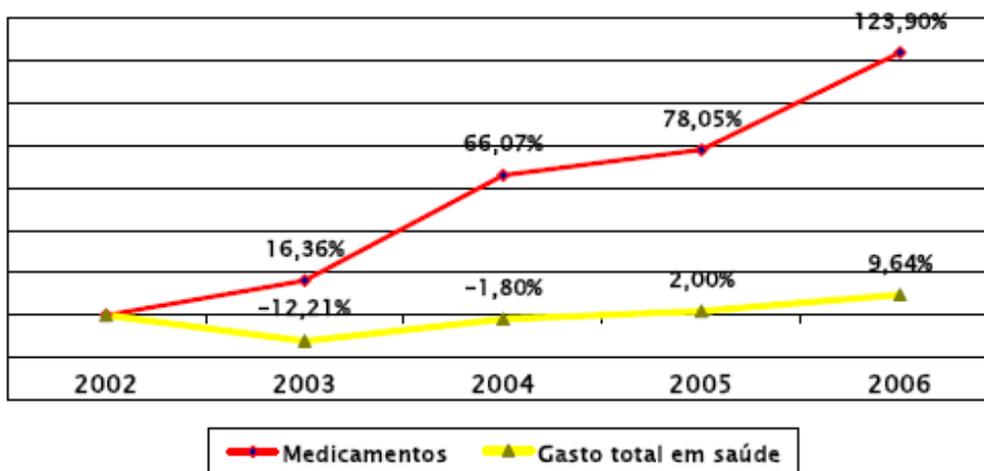
Os gráficos abaixo apresentam a evolução dos gastos do Ministério da Saúde de 2001 a 2006, demonstrando que o grande responsável pelo aumento de custo do Ministério da Saúde tem sido gastos com medicamentos.

Gráfico 1. Evolução dos gastos reais do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2006.



Fonte: Siga Brasil (total liquidado para cada ano pelo Fundo Nacional de Saúde) e Fundação Getúlio Vargas (Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna, para calcular o total gasto a preços de 2001).

Gráfico 2. Evolução real do gasto total em saúde e com medicamentos do Ministério da Saúde. Brasil, 2002-2006.



Fonte: Siga Brasil (valores liquidados pelo Fundo Nacional de Saúde) para gasto com medicamentos e gasto total em saúde e Índice Geral de Preços DI da Fundação Getúlio Vargas para trazer os valores a preços de 2002.

Para garantir que a aquisição de medicamento para o SUS seja realizada com critérios de qualidade e que contemple o menor custo, faz-se necessário atender à legislação vigente, elaborar o edital e julgar propostas de forma adequada, bem como monitorar os produtos adquiridos através do controle de qualidade e da farmacovigilância.

Os processos de regulamentação farmacêutica estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) têm por finalidade garantir o acesso a bens e serviços, por meio do consenso sobre padrões de qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos (7-9). Este acesso a medicamentos de qualidade está diretamente relacionado à fiscalização do processo produtivo e ao monitoramento pós-comercialização.

A vigilância de medicamentos subdivide-se em dois grupos. O primeiro consiste nas ações de registro e fiscalização do processo produtivo (pré-comercialização), onde o foco principal é a comprovação da segurança e da eficácia do medicamento. O segundo consiste nas ações de farmacovigilância, que são de identificação de reações adversas e de problemas técnicos relacionados ao uso dos medicamentos (pós-comercialização). (10).

Por mais rigorosos que sejam os requisitos para o registro de medicamentos e para a inspeção de Boas Práticas de Fabricação, não se pode prever todas as falhas ou problemas para a saúde que um medicamento possa causar, após a sua entrada no mercado. Sendo assim, a vigilância da pós-comercialização é um elemento essencial de um sistema de vigilância da saúde.

A rapidez da incorporação de novas tecnologias, em todas as áreas de atuação da vigilância sanitária, tem demonstrado a necessidade de fortalecer a vigilância pós-comercialização, hoje conhecida como VIGIPÓS, por meio da vigilância de Eventos Adversos (EA) e de Queixas Técnicas (QT) de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária. Incluem-se, neste contexto, o monitoramento do uso desses medicamentos, bem como a utilização de métodos epidemiológicos para análise.

Na fase pós-comercialização o comportamento do produto é monitorado após sua disponibilização no mercado, onde o contato com a população de diferentes perfis permite a visualização de problemas, seja por meio da avaliação das reclamações da sociedade ou pelo desenvolvimento de programas de análises dos produtos existentes no mercado. As informações obtidas são utilizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS como parte importante do gerenciamento do risco sanitário. (12)

Desta forma a VIGIPÓS deve produzir informações baseado nas análises das notificações que permitam retroalimentar os sistemas de controle e orientar os cidadãos e profissionais de saúde para a prevenção de riscos associados a medicamentos. (12) Uma das dificuldades encontradas para monitorar os medicamentos é alta incidência de subnotificação.

A subnotificação é um fenômeno comum em todos os países. Corrigir a subnotificação, porém, é difícil porque sua extensão é desconhecida e muito variável. A subnotificação pode retardar a identificação de sinais e causar a subestimação do tamanho de um problema. Porém, na identificação de sinais, não só a quantidade é importante, mas também a relevância das notificações de casos e a qualidade dos dados.

Também há várias questões mais delicadas que requerem atenção. Às vezes, os profissionais da saúde temem que o reconhecimento de reações adversas possa refletir negativamente na sua competência ou colocá-los sob risco de sofrer processo legal. Alguns relutam em notificar reações adversas devido a dúvidas quanto à relação causal entre essas reações e o uso do medicamento. Subnotificar é uma questão tanto técnica, quanto psicológica. A clareza de critérios para notificar, a adoção de procedimentos simples e boa prática motivacional são aspectos poderosos para abordar o problema (19).

Para demonstrar a alta incidência de subnotificação, utilizamos as informações do sistema eletrônico de notificação da ANVISA – NOTIVISA, através de notificações realizadas por hospitais pertencentes à Rede Hospitais Sentinelas do estado de São Paulo, nos anos de 2010 e 2011.

No estado de São Paulo há 58 instituições credenciadas a Rede Sentinela, dentre elas os maiores Hospitais do Brasil, no que se refere a leitos e complexidade. Dentre esses Hospitais, muitos são instituições públicas, portanto utilizam recursos públicos.

Após a análise dos dados relativos a notificações pelos Hospitais componentes da Rede Sentinela no estado de São Paulo temos que em 2010, estes realizaram 1601 notificações de suspeita e EA e QT de medicamentos no Notivisa. Do total de hospitais pertencentes à rede sentinela apenas 22 hospitais (38%) notificaram, ou seja, 62% dos hospitais não realizaram nenhuma notificação mesmo tendo uma gerência de risco estabelecida. Do universo de hospitais que realizaram notificações (22), 11 deles (50%) foram responsáveis por 95,6% das notificações realizadas.

Já em 2011 os Hospitais Sentinelas localizados no estado de São Paulo realizaram 2103 notificações de suspeita de EA e QT de medicamentos. Dos hospitais pertencentes à rede sentinela, apenas 30 hospitais notificaram (52%), ou seja, 48% destes não realizaram nenhuma notificação. Dos hospitais que notificaram, 15 Hospitais (50%) foram responsáveis por 95,1% das notificações.

Com essas informações é possível concluir que existe subnotificação, pois, se um hospital tem estabelecido a gerência de risco e no período de um ano não realiza nenhuma notificação, podemos interpretar que a gerência de risco não é atuante ou opta por não notificar problemas relacionados com medicamentos.

A VIGIPÓS deve ser capaz de detectar precocemente problemas relacionados a medicamentos e outras tecnologias e desencadear as medidas pertinentes para que o risco seja interrompido ou minimizado. Em outras palavras, quando todas as atividades prévias não são suficientes para eliminar completamente os riscos, o sistema de vigilância pós-comercialização deve ser sensível para que os danos porventura existentes sejam os menores possíveis. (12)

As empresas envolvidas na cadeia de medicamento, desde a sua produção até a dispensação ao consumidor, são as responsáveis por sua qualidade, mas esta afirmação não exime a responsabilidade do Estado em assegurar qualidade, eficácia e segurança. (12)

Observamos na prática, que o recente processo de municipalização da gestão da Assistência Farmacêutica evidenciou limites e dificuldades para a sua operacionalização que estão relacionadas com falta de pessoal qualificado, sobreposição de funções e sobrecarga de trabalho.

Além disso, sabe-se que uma das limitações de qualquer sistema baseado em notificações espontâneas é a questão da subnotificação, sendo necessárias estratégias para aumentar a adesão de profissionais e instituições de saúde. (16).

A subnotificação gera uma dificuldade de obtenção de dados para subsidiar as ações de Vigilância Sanitária e aumenta o risco de utilização de medicamentos impróprios.

Além da subnotificação, temos a questão da insuficiência nos procedimentos envolvendo as análises fiscais, inclusive quanto à obtenção de laudos laboratoriais, ora pelo grande tempo de análise, ora pela falta de investimento em equipamentos e capacitação técnica dos laboratórios e ora pela falta de estrutura da rede laboratorial que consiga atender a toda a necessidade de análise da vigilância sanitária.

Esta limitação influencia a tomada de decisão da vigilância sanitária, refletindo na demora da proibição de uso e comercialização de um medicamento com laudo análise insatisfatório, bem como, impacta a restrição do acesso a medicamentos com a qualidade comprovada (laudo de análise satisfatório).

Outra questão é a grande recorrência de empresas cujos laudos de análises fiscais de medicamentos obtiveram resultados insatisfatórios, o que se torna uma preocupação considerando a ampla distribuição desses medicamentos pelo SUS.

Mesmo considerando um alto índice de subnotificações e a dificuldade de obtenção dos laudos laboratoriais, avaliamos as publicações em Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE) e Diário Oficial do Município de São Paulo (DOM) determinando a proibição de uso e comercialização bem como o recolhimento de medicamentos com laudos insatisfatórios.

Nos dados obtidos pelo Estado, no período de 2010 a 2011, foram publicados 132 comunicados de medicamento de 41 empresas diferentes. Destas empresas, 55% tiveram mais de um laudo insatisfatórios durante o período.

Com relação aos dados obtidos no município de São Paulo, verificou-se que, no ano de 2010, dos onze laboratórios que tiveram medicamentos envolvidos nos comunicados, cinco destes, 45%, tiveram recorrência durante o ano, enquanto no ano de 2011 dos oito laboratórios, três, 37,5%, tinham repetição. Destacamos ainda que dos três que foram recorrentes em 2011, dois deles faziam parte de laboratórios também recorrentes em 2010.

Estes dados demonstram a existência de empresas com histórico de recorrência de queixas técnicas comprovadas referentes a medicamentos, tornando-se necessário um mecanismo de intervenção para minimizar a compra e dispensação de medicamentos dessas empresas pelo SUS.

Apesar de a legislação contemplar critérios de qualidade, segurança e eficácia, fica evidenciado que não é suficiente para impedir que empresas com histórico comprovado de queixas técnicas forneçam medicamentos para o SUS.

A Lei que rege o processo licitatório – Lei 8666/93, define que para habilitação de empresas, a documentação relativa à qualificação técnica limitar-se-á a: 1) registro ou inscrição na entidade profissional competente; 2) comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação; 3) comprovação, fornecida pelo órgão licitante, de que recebeu os documentos necessários para o cumprimento das obrigações objeto da licitação; 4) prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, quando for o caso. (15)

Atualmente, a legislação é silente quanto à questão de impedimento de participação em licitações de empresas com históricos comprovados de queixas técnicas, não sendo

possível colocar uma cláusula dentro do edital de licitação quanto a qualificação técnica para desabilitar empresas com este histórico.

A Lei 8666/93, prevê como uma das sanções pela inexecução total ou parcial do contrato, a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por até 2 (dois) anos. (15) Porém, atualmente, não se observa um consenso quanto à inclusão de cláusula no edital que defina a ocorrência de histórico comprovado de queixas técnicas como um motivo para aplicação deste tipo de sanção.

Ocorre que tanto para a elaboração de um edital de licitação adequado, quanto para responder a situações de questionamento de empresa, principalmente através do judiciário, faz-se necessário que os servidores envolvidos na sua elaboração detenham um conhecimento técnico específico na área de medicamento suficiente para inclusão de itens na condução do processo de licitação.

Destacamos a importância da divulgação de informações sobre laudos insatisfatórios para realizar intervenções de ações corretivas e preventivas nesse contrato com a empresa.

A aquisição e distribuição de medicamentos com desvios de qualidade podem colocar em risco a saúde do paciente e onerar ainda mais o SUS com gastos desnecessários. O tratamento não sendo eficaz e, por vezes o medicamento causando reações indesejadas, o paciente entra em novo ciclo dentro do SUS, nova consulta, novos exames e novo tratamento.

Em função da ocorrência de ineficácia, agravos e dificuldade de acesso aos medicamentos, a população pode avaliar de maneira negativa os serviços prestados pelo SUS, acarretando em seu descrédito.

Diante do exposto, torna-se de grande relevância a elaboração de um projeto aplicativo com propostas de intervenções sobre os problemas acima descritos, garantindo a qualidade dos medicamentos fornecidos pelo SUS.

OBJETIVO

Objetivo Geral: Garantir a saúde da população através do uso de medicamentos seguros, eficazes e com qualidade.

Objetivos Específicos:

- 1º. Rever os processos de trabalho da Vigilância Sanitária no controle, monitoramento e uso de medicamentos.
- 2º. Integrar a Vigilância Sanitária, a Atenção Básica e a Assistência Farmacêutica para garantir o acesso ao medicamento com qualidade.
- 3º. Melhorar o processo de aquisição de medicamentos para otimizar gastos públicos e garantir a eficácia do tratamento com o consumo dos mesmos.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a Metodologia Ativa de Aprendizagem (MAA) e Planejamento Estratégico Situacional (PES). O Método do Planejamento Estratégico e Situacional tem enfoque na análise de problemas, na identificação de cenários, na visualização de atores sociais, e na ênfase de se pensar de forma estratégica. Já a Metodologia Ativa de Aprendizagem aponta para um processo de conscientização crítica e autonomia do discente, onde o conhecimento é construído de forma progressiva e reflexiva. (*)

Desta forma, inicialmente foi realizada a análise e discussão dos principais problemas relacionados à temática de medicamentos dentro da Gestão da Vigilância Sanitária, sendo destacado pelo grupo: o descarte inadequado, a falta de acesso pós-produção seguro e eficaz, a falta de qualidade do medicamento acabado, a falta de controle farmacoterapêutico, e a falta de capacidade técnica laboratorial para monitoramento da qualidade.

Utilizando a Matriz de Priorização de Problemas do PES (*), estes foram agrupados em um problema central: “Dificuldade encontrada para garantir a qualidade na aquisição de medicamento fornecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS na região metropolitana de São Paulo”.

Com foco neste problema, identificamos as suas causas, sendo elas a falta de critérios de qualidade nas licitações, subnotificações de queixas técnicas e a deficiência nas análises fiscais. Além disso, foram levantados os atores envolvidos que tem governabilidade para alteração do cenário atual, quais sejam, técnicos de VISA, usuários de medicamentos, prescritores, notificadores, responsáveis técnicos e legais de empresas e gestores de VISA.

Em seguida, aprofundamos a discussão nos descritores, nas causas e conseqüências do problema e relacionamos cada causa e cada conseqüência com o descritor, utilizando a Árvore de Problema do PES.

Assim, com base nas ferramentas da lógica do Planejamento Estratégico Situacional e dos aspectos da Metodologia Ativa de Aprendizagem, construímos de forma coletiva Plano de Ação, disposto no Anexo I, visando alcançar os objetivos específicos, bem como o desenvolvimento das áreas de competência envolvidas na atuação profissional em vigilância sanitária, a gestão de risco, a gestão do trabalho de vigilância sanitária e educação em vigilância sanitária.

RESULTADO ESPERADO

O resultado esperado inicial é o alcance das metas estabelecidas dentro de Plano de Ação (Anexo I). O acompanhamento destas será realizado através da observação de publicações em diário oficial, verificando se houve de fato a constituição de grupos técnicos e comissões, e a participação dos seus integrantes considerando as atas de reuniões, bem como a publicação da norma que auxiliaria na restrição de participação de empresas com histórico comprovado de queixas técnicas. Além disso, serão obtidos relatórios periódicos para monitoramento das atividades realizadas pelas Comissões/Comitês criados durante a execução do Plano de Ação; assim como utilizando as listas de presença como fonte de informação para verificação das capacitações efetuadas.

Através do alcance das metas, obteremos a melhoria dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária, estando adequado para o controle, monitoramento e uso de medicamentos, melhoria da integração da Vigilância Sanitária, a Atenção Básica e a Assistência Farmacêutica para garantir o acesso ao medicamento com qualidade, assim como a melhoraria do processo de aquisição de medicamentos para otimizar gastos públicos e garantir a eficácia do tratamento com o consumo dos mesmos.

O resultado esperado para o projeto como um todo é a utilização de medicamentos seguros, eficazes e com qualidade. Esta avaliação será realizada através da comparação do cenário que verificamos inicialmente e o que tivemos de alteração após de um ano da implantação do plano de ação. Assim, serão utilizados os indicadores de avaliação da recorrência de empresas com histórico comprovado de queixa técnica (% empresas com recorrência de laudos insatisfatórios, X% empresas responsáveis por Y% de laudos insatisfatórios, %

empresas com mais de 10 notificações), da subnotificação (% de hospitais sentinelas que não notificam de problema com medicamentos, em 2010-2011; X% hospital sentinela responsável Y% das notificações), e da dificuldade na obtenção de laudos de análise (tempo médio de análises laboratoriais e número de queixas técnicas sem possibilidade de análise).

CONSIDERAÇÕES

O presente projeto aplicativo foi elaborado tendo a sua execução na região metropolitana de São Paulo como piloto, para posteriormente poder ser aplicado a outros municípios e estados. Assim, foi construído um Plano de Ação contendo atividades genéricas, podendo sofrer adequações dependendo da realidade e cenários do local.

REFERÊNCIAS

- 1 - WHO. The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva:WHO, 1987. 329p.
- 2 - Brasil. 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. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
- Artmann, E., 1993. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- 3 - Brasil. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 2004; 20 maio.
- 4 - Brasil. Portaria GM nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.
- 5 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos,

Ministério da Saúde, Brasil. Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

6 - Brasil. Lei nº 5.991 de 17 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Diário Oficial da União 1973; 17 dez.

7 - Ivama MA, Hofmeister MGS, Noronha AB, organizadores. Prevenção e combate à falsificação de medicamentos: uma responsabilidade compartilhada. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa; 2005).

8 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas para ampliar qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos. Rev Saude Publica 2003; 37(6):821- 824.

9 - Coelho HL. Farmacovigilância: um instrumento necessário. Cad Saude Publica 1998; 14(4):871-875.

10 - Rozenfeld S. Farmacovigilância: elementos para a discussão e perspectivas. Cad Saude Publica 1998; 14(2):237-263.

11 - Luiza VL, De Castro CGSO, Nunes JM. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cad Saude Publica 1999; 15(4):769-776.

12 - Brasil. Agência nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes para investigação de queixas técnicas de medicamentos e aplicação de processo administrativo sanitário. 2010.

13 – Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a

proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

14 – BOING, A. C., BERTOLDI, A. D., PERES, K.G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2011;45(5):897-905

15 – BRASIL. Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

16 – BARBOZA, P.C. e cols. Implantação do Serviço de Farmacovigilância no Hospital São Francisco de Paula. Rev. de Saúde da UCPEL, Pelotas, v.1,n.1, Jan/Jun. 2007.

17 – ANVISA. Resolução RDC n.º 17, de 16 de abril de 2010. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos

18 – ANVISA. Resolução RDC nº 210, de 04 de agosto de 2003. Determinar a todos os estabelecimentos fabricantes de medicamentos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos, conforme ao Anexo I da presente Resolução.

19 - Monitorização da segurança de medicamentos: diretrizes para criação e funcionamento de um Centro de Farmacovigilância / Organização Mundial da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Mitre et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro Dec. 2008

MARTIN, Daniele Fortes. A Aprendizagem em Paulo Freire e Piaget. Monografia (Graduação). Faculdade de Ciências UNESP: Bauru, 2007.

Bianca Andrade Marun

Flávio Luiz Corrêa da Costa

Josélio Abreu Rosa

Luiz Carlos Mesquita Coutinho

Mariene Castilho D'Ávila

Marta Regina Berna Chaves

Roberto Ribeiro Dias

Inadequada Gestão do Trabalho em VISA frente ao Desafio do MEI no Município de
Duque de Caxias.

Rio de Janeiro

2012

Bianca Andrade Marun

Flávio Luiz Corrêa da Costa

Josélio Abreu Rosa

Luiz Carlos Mesquita Coutinho

Mariene Castilho D'Ávila

Marta Regina Berna Chaves

Roberto Ribeiro Dias

Inadequada Gestão do Trabalho em VISA frente ao Desafio do MEI no Município de Duque de Caxias.

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

Orientador: Leila Mattos de Farias

Rio de Janeiro

2012

Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Autores: Bianca Andrade Marun; Flávio Luiz Corrêa da Costa; Josélio Abreu Rosa, Luiz Carlos Mesquita Coutinho; Mariene Castilho D'Ávila; Marta Regina Berna Chaves; Roberto Ribeiro Dias.

Inadequada Gestão do Trabalho em VISA frente ao Desafio do MEI no Município de Duque de Caxias. 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.

30 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. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Inadequada Gestão do Trabalho em VISA frente ao Desafio do MEI no Município de Duque de Caxias

G333

Sumário

1. Introdução e Referenciais.....	5-13
2. Objetivos: Geral e Específicos.....	14
3. Momento Explicativo.....	14
3.1 Descritores.....	14
3.2 Ávore de problemas	15
4. Momento Normativo.....	16
4.1 Identificação das demandas frente a outros atores.....	16-21
4.2 Desenho das operações.....	21
5. Momento Estratégico.....	22
5.1 Posição dos atores.....	22
5.2 Identificação dos atores sociais.....	22-24
5.3 Cenários.....	24
6. Momento Tático Operacional.....	24
6.1 Avaliação e Monitoramento.....	24-25
6.2 Cronograma.....	25-26
7. Bibliografia	27-28

1. Introdução e Referenciais.

A Vigilância Sanitária, na lição da professora Ediná Costa, constitui um subsetor específico da Saúde Pública e sua face mais complexa. Conforma um campo singular de articulações complexas entre o domínio econômico, o jurídico-político e o sanitário.

Como área crítica das relações entre Estado e Sociedade (LUCCHESI, 1992) ao lidar com produtos, processos, serviços, trabalho e ambiente e uma grande diversidade de interesses, no terreno das ações de Vigilância Sanitária expressa contradições sociais fundamentais.

Em sua função pública, mediadora das relações entre produtores e consumidores (LIMA, 1993), a Vigilância Sanitária permite às duas partes a realização de transações comerciais com um mínimo de segurança quanto à qualidade do produto que se vende e à qualidade do que se compra. Em que pese a importância da justificativa do MEI, há um pano de fundo ao programa que esta acima das questões de inclusão social e crescimento econômico.

O programa "Micro Empreendedor Individual" (MEI) foi criado no Brasil a partir de 01 de julho de 2009, introduzido pela Lei Complementar 128/08. Segundo estimativa do SEBRAE (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas), suas medidas beneficiarão cerca de 11 milhões de empreendedores. Uma das conquistas do Programa, para o SEBRAE, foi o crescimento da taxa de empreendedorismo, consequência do desejo do trabalhador informal em se tornar empreendedor legalizado.

Sob a ótica da política de governo atual, a participação da vigilância sanitária nas atividades de inclusão produtiva desenvolvidas no país é fundamental para dar suporte ao crescimento econômico, especialmente nos municípios com economias menos sólidas.

O programa estabelece trâmite especial para o processo de registro, reduzindo a zero os valores referentes aos custos de abertura, inscrição, registro, licença, cadastro e concessão de alvará de funcionamento. Feirantes, pedreiros, eletricitas, encanadores, doceiros, pipoqueiros, dentre outros profissionais, serão os beneficiados. Com o MEI, eles terão direito à aposentadoria por idade, licença-saúde,

licença maternidade e licença por acidente de trabalho, além de pensão por morte e, se for o caso, auxílio reclusão.

Segundo dados do Ministério do Planejamento, em 2011 as atividades econômicas mais procuradas para registro do Empreendedor Individual foram comércio varejista de vestuário e acessórios; cabeleireiros; lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares; minimercados, mercearias e armazéns; confecção sob medida, de peças do vestuário, exceto roupas íntimas; bares; obras de alvenaria; reparação e manutenção de computadores; fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar; e serviços ambulantes de alimentação.

Os estados com maior número de inscrições, no decorrer do ano passado, foram São Paulo (438.046), Rio de Janeiro (239.565), Minas Gerais (184.030), Bahia (151.151) e Rio Grande do Sul (101.610). Já os dez municípios brasileiros com maior número de trabalhadores que aderiram ao Empreendedor Individual foram São Paulo-SP (151.074), Rio de Janeiro-RJ, (93.151), Salvador-BA, (53.722), Brasília-DF (34.697), Belo Horizonte-MG (35.436), Fortaleza-CE (26.696), Goiânia-GO (20.324), Curitiba-PR (19.553), Recife-PE (18.110) e Campo Grande-MS (15.378)

Os dados acima não deixam dúvidas de que a população estará submetida ao aumento do risco proveniente das atividades destes novos empreendimentos.

Trabalhadores passam a ser empresários sem que haja no âmbito do programa capacitação quanto às responsabilidades e riscos sanitários e sociais envolvidos em cada atividade profissional beneficiada. O crescimento de novos estabelecimentos e fornecedores de bens e serviços sujeitos a vigilância sanitária é estimado em 30%. Só não sabemos ainda em que proporção.

A grande preocupação existente neste contexto é com a gestão de todo o SNVS que não processou até o momento procedimentos que vão ao encontro desta nova política de governo de inserção social por meio de incentivos ao trabalhador individual formal e informal. O programa não levou em consideração o impacto nos diversos segmentos da sociedade civil e da administração pública desta nova modalidade empresarial, não

foram previstas dotações orçamentárias nem recursos operacionais capazes de instrumentalizar os operadores dos processos envolvidos.

A gestão da vigilância sanitária face ao grande desafio do MEI foi dividida, no âmbito deste projeto em três vertentes: a questão do risco sanitário; a gestão do trabalho e a gestão dos recursos humanos.

A primeira dificuldade encontrada foi encontrar referencial teórico. A pesquisa bibliográfica realizada para este tema revelou que não há ainda estudos relativos a este programa além daqueles já mencionados acima provenientes do SEBRAE.

Também não há dados sobre a amplitude do risco envolvido no programa MEI, em que pese a importância e urgência para a gestão do SNVS munir-se de ferramentas neste sentido.

No entanto, com relação à primeira vertente, a gestão do risco sanitário em si, encontramos em Vecina Neto, Marques & Figueiredo (2006), que o risco sanitário é “norteador das ações de vigilância sanitária de definição complexa, abrangendo conceitos de várias áreas de conhecimento. Relativo a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos na saúde da população relacionados aos objetos que compõem o espectro de abrangência da ação de visa”

A análise do risco pode ser dividida em três etapas: a da avaliação, que procura definir cientificamente os efeitos associados a uma substância; a de gerenciamento de risco, de natureza político-administrativa, que pondera as alternativas e seleciona a ação regulatória mais adequada; e a de comunicação do risco, fundamental para a conquista da confiança da população. (Lucchese, 2001).

Ainda segundo Centeno (2001) e Lucchese (2001) a avaliação do risco é complexa, possui custo alto, exige esforços e recursos sofisticados, tem caráter estatístico e

epidemiológico e envolve as fases de identificação do potencial de perigo, avaliação dose-resposta, avaliação de exposição e conseqüente caracterização do risco.

Nardocci (2002) menciona que “considerar a avaliação de risco como etapa de entendimento do problema e o gerenciamento como a etapa das ações é uma simplificação” uma vez que decidir sobre risco significa discutir diferentes tipos de risco e não diferentes alternativas e por isso, a discussão sobre risco precede o cálculo do risco.

A vertente da gestão do trabalho e recursos humanos também é complexa. O refinamento da pesquisa pelo tema “gestão do trabalho” é limitada, mais especificamente no que tange ao programa MEI, assim como nas questões relacionadas ao risco citadas acima. Verifica-se que o programa foi elaborado e lançado sem maiores estudos quanto aos setores da administração pública que lhe fazem fronteiras.

Entretanto, um estudo realizado pela OMS – Organização Mundial da Saúde - em “Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Volume 2” o cenário internacional aponta uma serie de desafios no que se refere a gestão do trabalho. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaque para a baixa remuneração e motivação das equipes a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e accountability insatisfatórios dos profissionais. Estas questões se verificam com ênfase no âmbito do MEI conforme os levantamentos anexos neste trabalho.

Ainda segundo dados da OMS, diversificados atores confluem esforços para a superação dos desafios relativos às questões de RH na saúde e os traduzem em quatro grandes objetivos:- aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;- garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;- aumentar o desempenho da equipe de profissionais de profissionais diante dos objetivos definidos. - fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

Além disto, a OMS aponta estratégias focalizadas para a área de recursos humanos a serem implementadas a curto, médio e longo prazo, que incluem:

Curto: fortalecimento de práticas gerenciais; advocacy; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio ao treinamento em serviço; disseminação de novas práticas;

Médio: estudos da implementação e do impacto das políticas (custos de migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho); desenvolvimento de sistemas de informação de RH's;

Longo: fortalecimento da capacidade de formuladores de políticas regional e nacional; construção de infra-estrutura.

Ainda, segundo artigo publicado na revista ciência e saúde coletiva 15 (supl.3), de forma sintética, pode-se pontuar algumas especificidades dos processos de trabalho em vigilância sanitária, são elas: os agentes do trabalho são servidores dotados do poder-dever do Estado, e devem exercer exclusivamente suas funções; o trabalho é regido pelos princípios da administração pública; a proteção a saúde é a razão teleológica do trabalho em vigilância sanitária; a função regulatória de controle sanitário exige permanente e ágil atualização do conhecimento para acompanhar o desenvolvimento tecnológico dos segmentos produtivos; o trabalho em vista tem dimensão ética que ultrapassa o âmbito individual e ganha dimensão coletiva exige do gestor práticas transparentes e permeáveis ao controle social; O trabalho técnico da vigilância ocorre em ambiente de tensão, gerada pela possibilidade de pressões e interferências externas sobre o resultado do trabalho, já que os pareceres emitidos pelos técnicos e que vão subsidiar a tomada de decisão, pelos gestores, podem contrariar interesses políticos e/ou econômicos. Esse aspecto traz a necessidade da discussão da “autonomia técnica” no processo de trabalho em vigilância sanitária; Para se legitimar diante da sociedade, as decisões devem estar embasadas em critérios técnico-científicos e em um conjunto de condicionalidades moldadas nas normas jurídicas. Isso faz com que cada parecer seja um “parecer crítico” que, para sua realização, necessita articular os diversos dados técnicos e também as normas jurídicas.

A gestão do trabalho em vigilância sanitária, portanto, requer o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores. Estas estão relacionadas com

os processos de gestão, a configuração estrutural do setor e a construção e retomada de mecanismos de regulação por parte do estado a partir de algumas características comuns nos planos de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas.

Segundo Nogueira, R. P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Disponível em www.observarh.org.br/nesp; a questão dos recursos humanos desde cedo se colocou como uma das mais prementes nas etapas iniciais da constituição do SUS, e a grande diversidade das novas tarefas exigia uma ampliação substantiva do estoque dos recursos humanos, especialmente nos municípios.

Outro ponto que merece destaque tendo em vista este projeto é que a Anvisa, coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no dia 25.04.2012 realizou uma oficina com representantes de instituições governamentais e não governamentais que participam do Projeto Inclusão Produtiva com Segurança Sanitária, para harmonizar o conhecimento das áreas integrantes do Projeto, entende-se que com esta medida o coordenador do sistema esteja sinalizando medidas de suporte ao programa.

Na complexa dinâmica desse processo, é crescente e incessante a demanda do setor produtivo pela legalização de suas atividades, como também são gerados muitos riscos e danos à saúde individual e coletiva. Entretanto, os procedimentos formais estabelecidos pela legislação sanitária, que balizam a atuação do fiscal e do gestor de visa continuam sem o devido ajuste e sem previsão de que isto ocorra na urgência que a sociedade precisa.

Um grande desafio para as ações de visa de todo o SNVS. Escolheu-se o MEI como problema de gestão da VISA e a região de Duque de Caxias, por sua importância para o estado do Rio de Janeiro, como foco do projeto aplicativo aqui desenvolvido.

A pesquisa realizada orientou a elaboração das matrizes de ações e atores responsáveis envolvidos com a gestão da saúde no município. Situado em uma

região geográfica complexa, faz limite com diversos municípios densamente habitados posição que coloca a localidade em exposição a diversos riscos e exige complexas soluções.

Atualmente a população do Município de Duque de Caxias possui aproximadamente 900.000 habitantes. Uma de suas características econômicas mais importantes é a Indústria (Petroquímica, Gás, Plástica, mobiliária e têtil). A taxa geral de alfabetização é de 93% com 10 ou mais anos de instrução.

A estrutura político-organizacional da VISA do município encontra-se estabelecida em uma Diretoria de Vigilância de Fiscalização Sanitária e esta é subordinada à Secretaria Municipal de Saúde. Não há recursos próprios destinados à diretoria de visa, o diretor não é ordenador de despesas, entretanto, o contexto político no momento é positivo pois há bom relacionamento entre o diretor e o secretário.

Segundo a diretoria de visa de Caxias, e confirmado pelas estimativas do SEBRAE, a partir do ano de 2009, o protocolo da visa registrou aumento de cerca de 20% em pedidos de licença sanitária para legalização de micro empresário individual (MEI). O cadastro de estabelecimento objeto de ação sanitária local registra cerca de 4.000 empresas. Estima-se que este número poderá dobrar nos próximos 5 anos, sem que haja previsão de contrapartida na governança para suprir este aumento.

A estrutura organizacional da VISA local conta com 24 servidores que realizam a fiscalização e 6 são administrativos e suporte. Todos sem treinamento no programa e sem atualização profissional em suas atividades rotineiras.

Além disto, a VISA não dispõe de instrumentos de planejamento, recursos financeiros, estudos de viabilidade, equipamentos e material de consumo para a fiscalização e processamento de demandas que surgem.

Do ponto de vista do usuário, o cenário é de desconhecimento do risco envolvidos em suas atividades, da importância de práticas sanitárias adequadas previstas em

legislação específica e o próprio desinteresse em abrir mão de parte de sua renda em função do cumprimento das medidas sanitárias necessárias e exigidas pela regulação.

Como não poderia deixar de ser, a preocupação maior do gestor da visa de Caxias é com relação aos riscos envolvidos nas atividades incentivadas pelo programa MEI e a inexistência de contra partida operacional e técnica para fazer face as novas demandas.

Esta proposta de intervenção teve como apoio os trabalhos de Carlos Matus, idealizador do enfoque de planejamento estratégico-situacional (Matus, 1987, 1993, 1994-a, 1994-b, 1996-a, 1996-b).

Entre as características gerais do planejamento estratégico podemos destacar: - é um enfoque político, o poder esta no centro da análise; - atores têm diferentes visões sobre a realidade, diferentes graus de poder e interesses; - não podemos fazer predições da realidade social, ela é conflitiva, complexa e incerta; - planejar é realizar um cálculo sistemático, interativo e probabilístico. Exige articulação constante com o presente e o futuro; - os recursos econômicos não são os únicos escassos, são necessários recursos de poder; - o poder é uma capacidade de produção de fatos e ações técnicas e administrativas (Testa, 1995); - planejar é um processo contínuo e sem etapas rígidas (SÁ, M.C., PEPE, V.L.E., 2000).

Ao contrário dos métodos tradicionais de planejamento, o PES não se apoia em etapas, rigidamente delimitadas e ordenadas no tempo, mas utiliza-se da noção de momento. O planejamento é um processo contínuo, sem cadeia, sem começo ou fim definidos, a noção de momento remete à de “instância”, “ocasião”, “circunstância” ou “conjuntura” características muito favoráveis ao contexto em que são processadas as ações de vigilância sanitária, dinâmicos e complexos, os processos de trabalho exigem ajustes a cada momento.

O método PES prevê quatro momentos (Matus, 1993, 1994) para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um possui ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais.

No momento explicativo o problema é selecionado com o uso de técnicas como o método “tempestade de idéias”, depois de agrupados por afinidade busca-se a sua compreensão pela análise da relevância para os atores sociais.

Selecionados os problemas, eles são descritos através de indicadores ou descritores que os definam com clareza.

O momento normativo desenha-se um plano de intervenção, define-se a situação futura desejada e as operações/ações que visam resultados, tomando como referencia os nós críticos selecionados. Cada descritor selecionado no momento explicativo deve ser transformado em um resultado esperado.

No momento estratégico constrói-se a viabilidade do plano em suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva e organizativa. A análise de viabilidade parte de dois níveis: a análise da motivação dos atores frente às operações do plano, e a análise do grau de controle dos recursos necessários à implementação das operações e ações por parte do conjunto de atores que as apoiam e dos que a rejeitam.

No momento tático-operacional, delinea-se a gestão do plano. Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, neste sentido Matus apresenta três sistemas ao discutir a teoria das macroorganizações que conformam o “triângulo de ferro” fundamental para o nível local: conformar a agenda do dirigente, as questões estratégicas e as de rotina devem ser tratadas de forma diferente; o sistema de prestação de contas, deve-se prestar contas regularmente do andamento das operações; e o sistema de gerencia por operações, cada responsável deve guiar-se pela eficácia das operações e avaliar o grau de realização do plano e as necessidades de adaptações e mudanças na situação.

Por ter essas características e se propor a ser um método e teoria de planejamento estratégico público, acreditamos a ser a ferramenta ideal para o contexto deste projeto aplicativo já que o problema refere-se a complexa relação estado x sociedade e todas as variáveis de poder e interesses a ela inerentes.

2. Objetivos: Geral e Específicos.

Objetivo Geral

Adequar e fortalecer a Gestão do Trabalho em VISA no município de Duque de Caxias.

Objetivos Específicos

- Atender a população que procura a VISA para regularizar suas empresas tendo em vista o MEI.
- Ampliar a capacidade de fiscalização dos novos empreendimentos que emergirão tendo em vista o MEI
- Tornar a Diretoria de VISA ordenadora das dotações orçamentárias destinadas a VISA Municipal.
- Estabelecer política de captação e retenção de RH para a VISA do Município.
- Criar programa de capacitação e valorização do servidor da VISA DC.
- Criar Programa de orientação à população com foco no decreto MEI.
- Realizar pesquisas que orientem a elaboração de indicadores para o planejamento das ações de VISA face ao MEI.

3. Momento Explicativo.

3.1 Descritores do Problema.

D1) Insuficiência de 20% de pessoal para execução das ações em VISA

D2) Inexistência de indicadores para planejamento de ações de visa. Necessidade de construção de novos indicadores de avaliação.

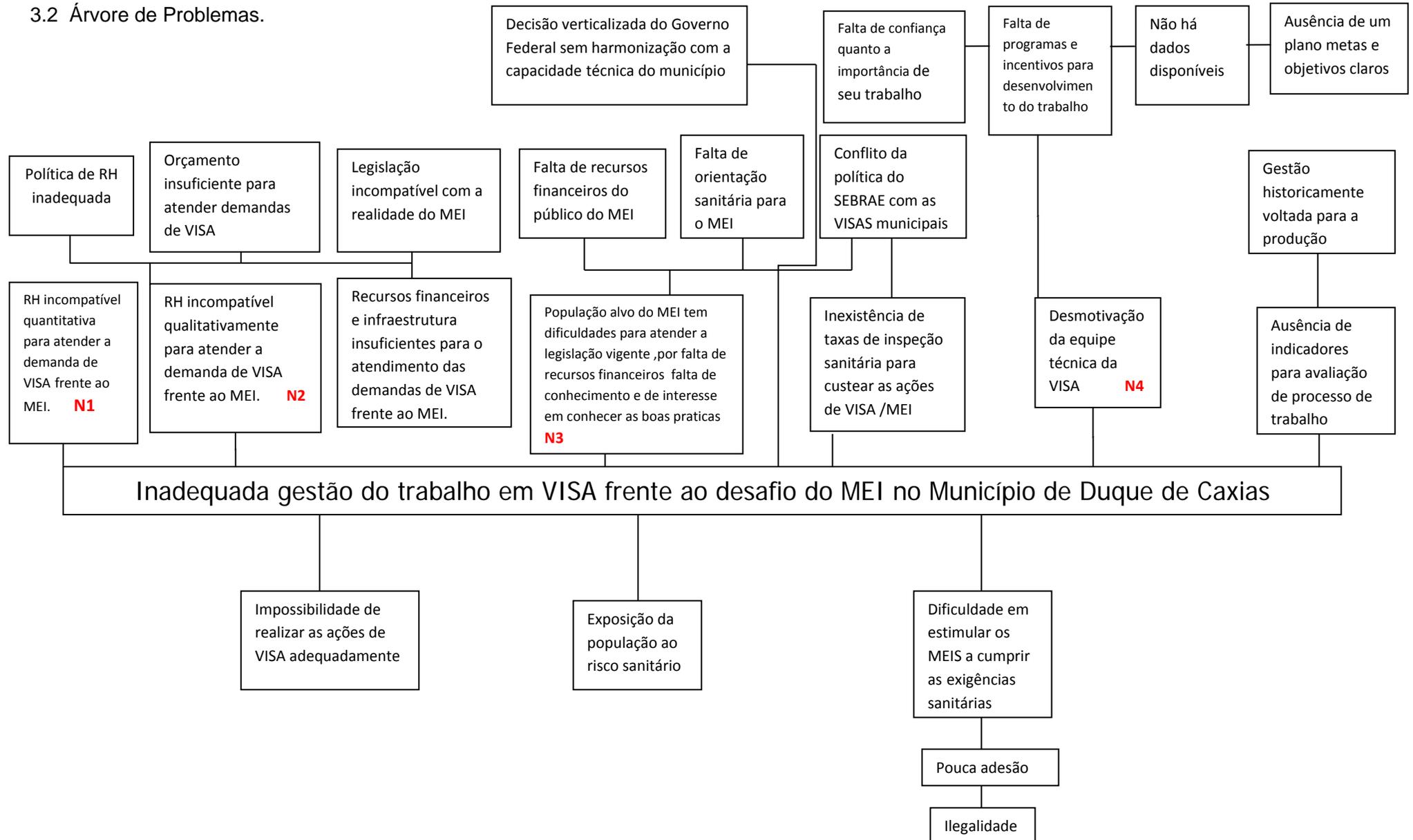
D3) Inexistência de repasse de recursos financeiros para fazer face aos custos inerentes ao decreto do MEI;

D4) Ausência de programa de capacitação e aperfeiçoamento dos servidores envolvidos no processo de trabalho do MEI;

D5) Inexistência de programa de orientação sanitária para o MEI;

D6) Processo de trabalho inadequado para o MEI

3.2 Árvore de Problemas.



A partir do problema identificado e selecionado pelo grupo passamos à construção da árvore. Na análise do problema por meio da árvore definimos as manifestações que melhor descreveriam o problema, expressando-o em forma de descritores; as causas que determinavam o problema; as consequências e a cadeia lógica multicausal entre eles.

No momento da problematização da árvore houve dúvidas pelos membros do grupo com relação a algumas causas, assim, procedemos a identificação e relacionamos na árvore as causas das causas, este proceder facilitou bastante a compreensão do desdobramento das causas em consequências.

Causas.

1. Recursos humanos incompatíveis quantitativamente para atender a demanda.
2. Recursos humanos incompatíveis qualitativamente para atender a demanda.
3. Recursos financeiros e infraestrutura insuficientes para atender as demandas.
4. População alvo tem dificuldade para atender a legislação vigente.
5. Desmotivação da equipe da VISA;
6. Inexistência de taxas de inspeção sanitária para custear as ações de VISA relacionadas ao MEI.

Consequências.

1. Impossibilidade de realizar ações de VISA adequadamente.
2. Falta de estímulo do MEI para cumprimento das exigências sanitárias.
3. Exposição da população ao risco sanitário.

4.0 Momento Normativo.

Matriz 3 – Identificação das demandas frente a outros atores:

A construção desta matriz foi a partir dos nós críticos selecionados, descreveu-se as operações a serem desenvolvidas, como elas seriam realizadas, quem as realizaria e o prazo. O grupo teve dificuldade em compreender o objetivo da matriz e isto dificultava sua construção. Assim, buscou-se literatura de apoio para compreensão. As operações relacionadas nesta matriz estão fora da governabilidade do gestor, ele encaminha a outro setor responsável, daí a importância de se estabelecer os responsáveis e prazo para execução.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÕES	DEMANDAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
------------	-----------	----------	-------------	-------

		O QUE?	A QUEM?		
NC1	Op1	Diagnóstico de rh	Secretario municipal de saúde Coordenador de RH	diretor de visa	15 dias
	Op2	Contratação de Rh	Secretario municipal de saúde Coordenador de RH	Secretario municipal de saúde	30 dias
NC2	Op1	Plano de capacitação de RH	Secretario municipal de saúde Coordenador de RH	Diretor da VISA ROBERTO	15 dias
NC4	Op1	Política de educação continuada em visa	Secretario municipal de saúde, câmara de vereadores e prefeito	Diretor da VISA ROBERTO	30 dias
	Op2	Criação de PCS -PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS	Secretário, Conselho municipal de saúde e sindicato dos servidores	Câmara de vereadores e prefeito.	30 dias

NC1. RH INCOMPATÍVEL QUANTITATIVAMENTE PARA ATENDER AS DEMANDAS DE VISA FRENTE AO MEI.

Operações e atividades	Responsável	Prazo
OP 1 Diagnostico da situação de RH por nº e formação de profissionais		
AT 1- Levantamento das informações no setor de RH.	Coord. De RH	5 dias
AT 2 Levantamento do quantitativo e perfil dos estabelecimentos (existente e projeção) MEI	Chefe Administrativo/ Diretor	5 dias
OP2 Contratação de novos funcionários		
AT1 – remanejar profissionais da rede do Município de Duque de	Coordenador de Rh	90 dias

Caxias		
AT2 - Concurso público específico para VISA	Secretário Municipal de Saúde	90 dias

NC2. RH INCOMPATÍVEL QUALITATIVAMENTE PARA ATENDER AS DEMANDAS DE VISA FRENTE AO MEI.

Operações e atividades	Responsável	Prazo
OP1- implementar um plano de capacitação de rh frente a nova demanda do mei.		
AT1 Estabelecer competências necessárias aos servidores através de parcerias com instituições de ensino	Diretor da VISA – DC	180 dias
AT2 Obter recursos orçamentários para o desenvolvimento do plano-recurso próprio	Secretário	180 dias
AT3 – Elaboração do plano de capacitação através de convênios com instituição de ensino	Diretoria da VISA	180 DIAS
OP2- Executar o plano de capacitação de RH		
AT 1 - Atualização para os funcionários do quadro com foco nas demandas do MEI.	DIRETORIA VISA	7 DIAS
AT2- Treinamento dos novos funcionários em boas práticas, legislação VISA e MEI.	DIRETORIA DE VISA	30 DIAS
OP3 – Avaliação de desempenho após o cursos		
AT1- Apresentação de seminário sobre o conteúdo oferecido no	Diretoria da VISA	3 dias

curso.		
--------	--	--

NC3. População alvo do MEI tem dificuldades para atender a legislação vigente ,por falta de recursos financeiros falta de conhecimento e de interesse em conhecer as boas praticas

NC4. Desmotivação da equipe técnica da VISA.

Operações e atividades	Responsável	Prazo
OP 1 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM VISA NO MUNICÍPIO		
AT1 CRIAR UMA COMISSÃO PARA DESENVOLVER UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE VISA EM EDUCAÇÃO CONTINUADA.	DIREÇÃO DE VISA	120 DIAS
AT2 – ELABORAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	COMISSÃO	90 DIAS
AT3- APROVAÇÃO E PUBLICAÇÃO DA POLÍTICA	SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE ,PREFEITO E CAMARA DE VEREADORES	60 DIAS
OP2-CRIAÇÃO DO PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS-		
AT1 CRIAR A COMISSÃO PARA DESENVOLVER	SECRETÁRIO , CMS E SINDICATO DOS SERVIDORES	30 DIAS
AT2 – ELABORAÇÃO DO PLANO	COMISSÃO	180 DIAS
AT3- APROVAÇÃO E PUBLICAÇÃO DO PLANO	LEGISLATIVO (CAMARA DE VEREADORES), PREFEITO	60 DIAS
OP3- CRIAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO COM BASE NOS OBJETIVOS E METAS DAS AÇÕES DE VISA		
AT1- FORMAR GRUPO DE TRABALHO	DIRETOR DA VISA	30 DIAS

PARA ESTABELECECER AS METAS		
AT2- ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS A AÇÃO DE VISA POR ATIVIDADE	NÚCLEO ADMINISTRATIVO DA VISA 30 DIAS	30 DIAS
OP4- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VISA		
AT1- CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM VISA	DIRETOR DA VISA	30 DIAS
AT2- CRIAÇÃO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS PARA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VISA (ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS)	NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	30 DIAS
AT3- DESENVOLVIMENTO DE RELATÓRIOS ANUAIS DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VISA	NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	UM ANO
OP5- ESTRUTURAÇÃO DOS RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS DA VISA		
AT1- LEVANTAMENTO DAS CARENCIAS ESTRUTURAIS E MATERIAIS DA VISA	NÚCLEO ADMINISTRATIVO	30 DIAS
AT2- LICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E SERVIÇOS	NÚCLEO ADMINISTRATIVO	180 DIAS
OP6 – CAMPANHA DO PAPEL DA VISA JUNTO A POPULAÇÃO.		
AT1- CRIAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO DAS AÇÕES DE VISA	SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL	90DIAS
AT2- VEICULAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO JUNTO A POPULAÇÃO	SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL	90 DIAS
AT3- VEICULAÇÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS PELO MUNICÍPIO JUNTO À MÍDIA	SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL	90DIAS

MATRIZ 2: DESENHO DAS OPERAÇÕES.

Nesta matriz o gestor desenha as operações que estão sob sua governabilidade.

Tendo em vista o relacionamento favorável da atual diretoria de vigilância sanitária com o secretário de saúde da localidade, o grupo considerou desnecessária a avaliação da governabilidade de cada operação e atividades.

NC3. População alvo do MEI tem dificuldades para atender a legislação vigente, por falta de recursos financeiros, falta de conhecimento e de interesse em conhecer as boas práticas.

Operações e atividades	Responsável	Prazo
OP 1- SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO DO MEI PARA ATENDER A LEGISLAÇÃO VIGENTE ATRAVÉS DE CAMPANHA ESPECÍFICA.		
AT1- criação de cartilhas educativas e de material de divulgação.	DIREÇÃO DA VISA DE CAXIAS, SEBRAE ; INSTITUIÇÕES DE ENSINO; IANV	60 DIAS
At2 – veiculação na mídia	DIREÇÃO DA VISA	30 DIAS
AT3 – CONVENIO COM O SEBRAE PARA CAPACITAÇÃO DO MEI	DIREÇÃO DA VISA	30 DIAS
OP2 – FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA COM FOCO EM EDUCAÇÃO		
AT1- INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA A INFORMAÇÃO DA LEGISLAÇÃO E ORIENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PARA LEGALIZAÇÃO	TECNICOS E DIREÇÃO DA VISA	INICIO IMEDIATO E DURAÇÃO DE 365 DIAS
AT2 – INSPEÇÃO SANITÁRIA VISANDO O CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA EM VIGOR	TECNICOS E DIREÇÃO DA VISA	60 DIAS APÓS O AT1
AT3- INSPEÇÕES DE ROTINA PARA VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS	TECNICOS E DIREÇÃO DA VISA	01 A 2 ANOS APÓS O CUMPRIMENTO DO AT2

5.0 Momento Estratégico.

5.1 Posição dos atores.

Favoráveis	Neutros	Contra
Corpo técnico (maioria) Secretário Municipal de Saúde Gestor de VISA municipal Gestor de VISA estadual Conselho de Saúde Ministério Público Prefeito	Corpo técnico	Corpo técnico (minoridade) Clandestino

5.2 Matriz 1: Identificação dos atores sociais:

Nesta matriz listou-se os atores que o grupo entendeu serem relevantes e foi realizada de acordo com a percepção do grupo, e classificou-se com identificação do valor e interesse que cada ator atribui ao fator crítico de sucesso que estava em análise.

O valor diz respeito à importância que o ator dá ao fator crítico de sucesso, já o interesse diz respeito à relevância de superação ou reforço em se mudar a realidade.

No caso do nó crítico 1 o chefe administrativo atribui baixo valor e interesse negativo pois a ação não depende da vontade dele, é motivada pelo interesse do diretor que segundo o grupo tem interesse positivo mais o valor é médio.

NC1 RH Incompatível quantitativamente para atender a demanda do MEI

ATOR	VALOR	INTERESSE	NOTA (0 A 10)	GOVERNABILIDADE
Coordenador de RH	Alto	+	8	MEDIA
Chefe administrativo	Baixo	-	6	BAIXA
Diretor da VISA	Médio	+	7	MEDIA
Secretário Municipal de Saúde	Alto	0	10	ALTA

NC2 RH Incompatível qualitativamente para atender a demanda do MEI

ATOR	VALOR	INTERESSE	NOTA (0 A 10)	GOVERNABILIDADE
Coordenador de RH	Alto	+	8	ALTA
Técnicos da VISA	Alto	+	10	BAIXA
Diretor da VISA	Alto	+	10	MÉDIA
Secretário Municipal de Saúde	Alto	+	8	ALTA

NC3 População alvo do MEI tem dificuldades para atender a legislação vigente

ATOR	VALOR	INTERESSE	NOTA (0 A 10)	GOVERNABILIDADE
Diretor da VISA	ALTO	+	10	ALTA
Secretário Municipal de Saúde	MEDIO	+	8	ALTA
SEBRAE	ALTO	+	10	MEDIA
Instituições de ensino	ALTO	+	8	BAIXA
Técnicos da visa	ALTO	+	10	MEDIA
MEI	BAIXO	-	6	BAIXA

NC4 Desmotivação da equipe técnica da VISA

ATOR	VALOR	INTERESSE	NOTA (0 A 10)	GOVERNABILIDADE
DIRETOR DE VISA	ALTO	+	10	MEDIA
Secretário Municipal de Saúde	ALTO	+	10	ALTA
SEBRAE	ALTO	+	10	MEDIA
Instituições de ensino	MÉDIO	0	7	BAIXA
Técnicos da visa	ALTO	+	8	BAIXA
Comissão p/ educação continuada	ALTO	+	10	BAIXA
Prefeito	ALTO	+	10	ALTA
Câmara de vereadores	MEDIO	0	8	MEDIA
Conselho municipal de saúde	ALTO	+	10	MEDIA
Núcleo de planejamento e avaliação	ALTO	+	10	MÉDIA
Núcleo administrativo	ALTO	+	10	BAIXA
Secretaria de comunicação social	ALTO	+	10	MEDIA

Matriz 1

Governabilidade dentro da capacidade do ator: Diretor da VISA	
Nó crítico	
NC3	População alvo do MEI tem dificuldade para atender a legislação vigente
Governabilidade Fora da capacidade do ator: Diretor da VISA	
Nó crítico	
NC1	RH Incompatível quantitativamente para atender a demanda do MEI
NC2	RH Incompatível qualitativamente para atender a demanda do MEI
NC4	Desmotivação da equipe técnica da VISA

5.3 Cenários

NÓ CRÍTICO	RESULTADO ESPERADO
NC1-Rh incompatível quantitativamente para atender a demanda da VISA Frente ao MEI	Adequação do quantitativo de pessoal para a ação do MEI
NC2- Rh incompatível qualitativamente para atender a demanda da VISA Frente ao MEI	Profissionais de visa capacitados e qualificados para atender a demanda do MEI
NC3- População alvo do MEI tem dificuldade para atender a legislação	Estabelecimentos legalizados e atendimento da legislação sanitária, visando a redução do risco sanitário
NC4- desmotivação da equipe de VISA	Equipe de VISA motivada frente ao desafio do MEI

6 Momento Tático Operacional

6.1 Avaliação e Acompanhamento.

Indicadores:

nº de servidores capacitados;

nº de MEI capacitados;

nº de cartilhas distribuídas;

nº de inspeções realizadas;

% aumento atendimento ao público em função da procura;

% aumento execução de recursos em VISA;

6.2 Cronograma.

MATRIZ 5 -
CRONOGRAMA

			2013												2014												
NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	AÇÃO	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
NC1	OP1	AT1																									
		AT2																									
	OP2	AT1																									
		AT2																									
NC2	OP1	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									
	OP2	AT1																									
		AT2																									
	OP3	AT1																									
NC3	OP1	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									
	OP2	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									
NC4	OP1	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									
	OP2	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									
	OP3	AT1																									
		AT2																									
	OP4	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									
	OP5	AT1																									
		AT2																									
	OP6	AT1																									
		AT2																									
		AT3																									

7. Bibliografia

1. CENTENO, Alberto José. As várias faces do conceito de risco em VISA. In: 10º. Seminário Temático da ANVISA, 2010. Seminários Temáticos Permanentes. Brasília, 08/08/2001. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/centeneo_10.pdf. Acesso em: 01 Ago. 2012.
2. COSTA, Ediná Alves. Vigilância sanitária e proteção da saúde. HUICITEC/SOBRAVIME, São Paulo, 1999.
3. Lei Complementar nº 128, de 19 de dezembro de 2008. DOU de 22.12.2008, Brasil, 2008. Disponível em:
<http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/leiscomplementares/2008/leicp128.htm>. Acesso em: 02 Ago. 2012.
4. LIMA, L.F.M.; MELLO, A.L.; MUSSOI, A.S.; GOMES, C.; PAZ., E.P. ; MOURA, Maria de L. Vigilância sanitária de medicamentos e correlatos. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1993.
5. LUCCHESI, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 329 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.
6. LUCCHESI, G. Vigilância Sanitária: o elo perdido. Divulgação em Saúde para Debate, 7:48-52, 1992.
7. MATUS, C. Política, planificación y gobierno. Caracas, 1987.
8. MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Ipea, Brasília, 1993.
9. MATUS, C. Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones. Revista PES, Santafé de Bogotá, 1994a.

10. MATUS, C. El Metodo PES, Reingenieria Publica y la Teoria de las Conversaciones: Trabas y Problemas. Revista PES, Santafé de Bogotá, 1994b.
11. MATUS, C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. Sao Paulo: Editora FUNDAP, 1996.
12. MATUS, C. Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Fundap, 1996b.
13. NARDOCCI, A.C. Gerenciamento Social de Riscos. Revista de Direito Sanitário - Volume 3, n. 1, p. 64-78, 2002.
14. NOGUEIRA, R.P. *Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 87, p. 1-14, p. 12, 2007. Disponível em: www.observarh.org.br/nesp. Acesso em: 18 Jul. 2012.
15. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – Volume 2. Ministério da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2004.
16. Sá, M.C.; Pepe, V.L.E. Planejamento estratégico. In: Rosenfeld S. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
17. VECINA NETO, Gonzalo; MARQUES, Maria Cristina da Costa; FIGUEIREDO, Ana Maria. Vigilância Sanitária. In: Apostila do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária – Disciplina: Saúde Coletiva, Fiocruz, Brasília, 2006.
18. TESTA, M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: O Caso da Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

ANDIARA CRISTINA BANDEIRA
ANNA MARIA BOICZUK REGO
CLAUDIA KOHATSU MARUITI
DANIELE CRISTINE STREMEL
DENISE REBELLO DA CUNHA
LUCINÉIA CRISTINA BENCKE DE MACEDO LINO
HELEN ALINE MELO
MANOELA SANTOS
SARA JANE SOARES ZENI CONDAS
VALÉRIA ELIANE MARINHO

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CURITIBA

2012

ANDIARA CRISTINA BANDEIRA
ANNA MARIA BOICZUK REGO
CLAUDIA KOHATSU MARUITI
DANIELE CRISTINE STREMEL
DENISE REBELLO DA CUNHA
LUCINÉIA CRISTINA BENCKE DE MACEDO LINO
HELEN ALINE MELO
MANOELA SANTOS
SARA JANE SOARES ZENI CONDAS
VALÉRIA ELIANE MARINHO

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

Facilitadora: Corina Charlotte Keller

CURITIBA

2012

1. INTRODUÇÃO

O impacto das ações de vigilância sanitária muitas vezes é de difícil mensuração, porém indiretamente é possível perceber, ao longo do tempo, a redução de custos da assistência à saúde, quer seja, na área de alimentos, prevenindo surtos alimentares, ou na área de serviços de saúde, prevenindo infecções relacionadas a assistência à saúde.

As atividades de vigilância sanitária, juntamente com as ações de assistência e epidemiologia, são um dos braços que dão sustentação ao Sistema Único de Saúde e podem interferir no desenvolvimento econômico e social do país. Recentemente, durante o XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o diretor presidente da ANVISA – Dirceu Barbano, afirmou: “a cada passo que damos na área de vigilância sanitária, multiplicamos a redução dos gastos com a assistência dando sustentabilidade ao sistema de saúde”.

Em que pese o empenho de Estados e Municípios na elaboração de seus Planos de Ação de Vigilância Sanitária, até o presente momento, não foi construído de forma objetiva um instrumento padronizado que possa avaliar o impacto que estas ações estão promovendo no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e gestão de saúde local, conforme descrito no Eixo I, item 5 do PDVISA (2007):

“Desenvolvimento de processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos, nas três esferas de governo, para melhor apoiá-las no processo de assunção de suas responsabilidades;

a. Desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de Vigilância Sanitária - expressos nos Relatórios de Gestão das três esferas de governo - visando à redução dos riscos e agravos à saúde;

b. Definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho e incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório nas três esferas de governo”.

O Plano de Ação de Vigilância Sanitária é uma ferramenta de planejamento das ações que deverão ser executadas pela equipe de Vigilância Sanitária (VISA) por um período de um ano. Neste plano estão descritas todas as atividades, metas, resultados esperados, recursos financeiros implicados em suas atuações, os responsáveis pelos atos e quais serão as possíveis parcerias que podem ser realizadas para algumas dessas ações.

A elaboração do Plano de Ação de VISA tem como subsídios, as diretrizes, prioridades e iniciativas do Pacto pela Saúde, do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) e do Plano de Saúde (elaborado com base nas peculiaridades de cada local e riscos sanitários específicos).

O Plano de Ação de VISA é de extrema importância no trabalho dos técnicos de Vigilância Sanitária e Gestores, é uma ferramenta que precisa ser monitorada, avaliada e divulgada, pois seu conteúdo integrará os instrumentos que compõem o Planeja SUS (Plano

de Saúde, Programação Anual de Saúde - PAS e Relatório Anual de Gestão - RAG) e do próprio Plano de Ação do ano seguinte.

Com os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de monitoramento e avaliação e da análise dos indicadores propostos, o gestor poderá revisar e redirecionar o planejamento das ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, otimizando o trabalho das equipes de Vigilância e Assistência.

A definição de indicadores de monitoramento e avaliação das ações de vigilância sanitária possibilitará, ao longo do tempo, a incorporação de uma cultura de acompanhamento das ações, com base em critérios de eficiência, eficácia e efetividade, de forma a gerar recomendações para aperfeiçoar a gestão e a qualidade do gasto público, através de um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e necessidades da VISA.

A proposição deste instrumento busca realinhar a Vigilância Sanitária no atual modelo de Vigilância em Saúde incorporando a Vigilância Epidemiológica e o Planejamento Estratégico para intervir sobre a realidade da saúde pública. A definição de prioridades, direcionamento de estratégias e efetivação das ações se faz necessária para subsidiar o processo de avaliação e monitoramento visando à integralidade e equidade da política de Vigilância Sanitária.

Diante do exposto, o Grupo Afinidade GA-12 propõe, com o projeto aplicativo aqui apresentado, efetivar ações de monitoramento e avaliação do Plano de Ação da Vigilância Sanitária, a ser utilizado nos municípios da região metropolitana de Curitiba.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Propor um instrumento de monitoramento e avaliação dos Planos de Ação de Vigilância Sanitária para os municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

2.2 Objetivo Específico

- Estabelecer indicadores de avaliação e monitoramento dos Planos de Ação de Vigilância Sanitária para os municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Lei Nº 8080/90 no Capítulo III, trata especificamente do planejamento, estabelecendo que o processo deva ser “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (Art. 36). A Lei Nº 8.142/90, no seu Art. 4º fixa que os mesmos devem contar com plano de saúde e relatório de gestão, para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, “que permitam o controle da aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde”.

O planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS é uma das diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde – resultante de recente processo de qualificação da relação federativa entre os gestores. Deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão (item 4 do anexo da Portaria Nº 399/2006), estando regulamentado pela Portaria Nº 3.085/2006, que estabelece a necessidade de monitoramento e a avaliação – como processo estratégico para a gestão.

Um plano de saúde deve ser um processo vivo e dinâmico, uma representação das aspirações e dos projetos consensuais que uma determinada sociedade é capaz de gerar, em seu específico contexto temporal e espacial, e com base nas suas acumulações históricas.

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA, Portaria GM/MS nº. 1.052, de 08 de maio de 2007, contempla as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS e é resultado de um esforço em conjunto de diversos atores do SUS. É um instrumento de eleição de prioridades em VISA, que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locais. Sua construção se deu no bojo dos debates do Pacto pela Saúde e, por isso, tem interface e está articulado com essa temática contemporânea do SUS e seus desdobramentos.

O Eixo nº 1 do PDVISA contempla a Organização e Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS, reconhecendo a Vigilância Sanitária como responsabilidade indelegável do Estado e como um componente indissociável do SUS. É um campo da saúde pública, uma arena de conflitos e um espaço privilegiado de intervenção para a defesa dos interesses sanitários e coletivos. Portanto, cabe a VISA em articulação com as demais práticas de saúde, atuar no âmbito da proteção contra danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

As diretrizes propostas no PDVISA visam à superação das deficiências de estrutura ainda observadas, como aquelas relativas à organização dos serviços e dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária.

Atualmente, a publicação do Decreto Federal nº 7508/2011 que estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - COAP, também reforça a importância dos indicadores e metas de saúde e dos critérios de avaliação dos resultados e monitoramento permanente.

A heterogeneidade decorrente das especificidades locais implicará na construção de pactos que expressem tal diversidade e nesse sentido, estabelece-se como ação essencial a revisão do processo de planejamento e execução das ações de VISA, sob uma nova ótica, a da responsabilidade sanitária, por meio da definição de um elenco norteador de ações que permita assimilar as diversidades locais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção diante da estrutura existente.

Dessa forma, o elenco de ações deve ser pactuado locorregionalmente como parte integrante de um processo de desenvolvimento dos serviços de VISA, capaz de subsidiar a descentralização e de gerar ações mais efetivas para a promoção e a proteção da saúde da população.

O processo de elaboração de um plano pressupõe segundo diversos autores, o estabelecimento de critérios de monitoramento e avaliação. Compreende-se **Monitoramento** como sendo um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores e da execução das ações do programa, visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos. (SISPLAN, 2008).

Agregando a este conceito do SISPLAN, temos que a **Avaliação** é a apreciação do desempenho por meio de coleta e análise sistemáticas de informações sobre características, processos e impactos de um programa, com base em critérios de eficiência, eficácia e efetividade, de forma a gerar recomendações para aperfeiçoar a gestão e a qualidade do gasto público, bem como verificar a pertinência e a oportunidade das suas estratégias, indicadores e ações.

O indicador é uma variável, característica ou atributo que é capaz de sintetizar, representar ou dar maior significado ao que se quer avaliar. É a representação quantitativa dos resultados de um processo ou ação. Demonstra a variabilidade de um processo, a tendência ou quão distantes os resultados obtidos encontram-se da meta almejada (ANVISA, 2008). Eles devem ser concebidos já no processo de planejamento, para estabelecer parâmetros para a produção de informações e facilitar o fluxo destas para os diversos públicos interessados. A informação, para ser bem utilizada, necessita ser

traduzida em uma linguagem de uso comum e adequada para a análise e tomada de decisão. Assim surge o indicador, que é o agente tradutor da informação, democratizando o seu acesso por todos os interessados, de maneira única e universal. Um sistema de indicadores que alimente o processo decisório com informações fiéis, úteis e pontuais, fotografando o desempenho das diversas atividades, pode ser indubitavelmente, o elemento fundamental para a diferenciação da gestão.

Ainda, segundo a Ripsa (2002), 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. Devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Conforme Pereira (2004) os indicadores revelam a situação de saúde e a partir de dados referenciados no tempo e espaço e pela sua forma de organização e apresentação, facilitam a análise e o olhar com significância sobre a realidade, através de sua simples leitura ou através do acompanhamento dos dados no tempo. O que se deseja de um indicador é que ele traduza fielmente a situação que se pretende aferir ou monitorar.

Nesse contexto, se faz premente a construção de indicadores que reflitam de forma fidedigna a realidade dos municípios selecionados através da avaliação e monitoramento de seus Planos de Ação. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (RIPSA, 2002).

Segundo MINAYO, 2009:

“A escolha de indicadores para avaliação deve ser feita em função dos aspectos a serem analisados, por exemplo, para medir ou acompanhar a eficiência, a eficácia, a efetividade ou o impacto a partir de determinada política organizacional. Eficiência diz respeito à boa utilização de recursos financeiros, materiais e humanos em relação às atividades e resultados alcançados. Eficácia se refere à relação entre as ações realizadas e os resultados obtidos. Efetividade é a observação da incorporação das mudanças geradas por determinado programa na realidade da população-alvo. Impacto corresponde ao poder de influência e de irradiação de um projeto realizado.”

A Vigilância Sanitária pode se valer destes conceitos e dos indicadores epidemiológicos e ambientais para a construção de seus próprios indicadores qualitativos, de forma a permitir a avaliação dos resultados e metas previstas no plano de ação de VISA.

Destacamos na tabela abaixo, os indicadores que medem a eficiência, eficácia e efetividade:

Categoria do Indicador	Tipos básicos de indicadores	Tipos de análises que podem ser realizadas
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Produtividade por tipo de procedimento; • Utilização da capacidade instalada (rede física); • Utilização da capacidade operacional (recursos humanos); • Distribuição dos gastos por tipo de atenção prestada; 	<p>Avaliação quanto à utilização (com ou sem desperdícios) dos recursos disponíveis.</p> <p>Considera-se como uma avaliação da estrutura do Sistema de Saúde</p>
Eficácia	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura alcançada através das ações produzidas; • Concentração de procedimentos oferecidos; • Resolubilidade da atenção 	<p>Avaliação dos resultados alcançados pelas ações produzidas considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantos foram atingidos (cobertura); • Quanto foi oferecido (concentração) • Como foi respondido (resolubilidade) <p>Considera-se como uma avaliação do processo de trabalho em saúde.</p>
Efetividade	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de mortalidade • Indicadores de morbidade • Indicadores demográficos • Indicadores sócio-econômicos • Indicadores ambientais 	<p>Avaliação do impacto sobre a situação de saúde considerando as respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento etc)</p>

4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1 Situação Atual e Situação Desejada – o processo de construção

No segundo encontro realizado em novembro de 2011, após reflexão sobre nosso cotidiano, rotinas e processos de trabalho, foi realizada uma dinâmica, sendo que cada especializando registrou duas tarjetas sobre situação inicial - SI (Onde estamos? Como percebemos a gestão da VISA em nosso espaço de trabalho?) e duas tarjetas sobre situação desejada - SD (Onde quero chegar? Como deveria ser a gestão da VISA em seu espaço de trabalho?), sendo que após o agrupamento das situações foram definidos os temas:

1. Gestão do trabalho e educação na saúde;
2. Estrutura organizacional de VISA;
3. Processos de trabalho;
4. Planejamento de gestão.

Após a avaliação das tarjetas, os facilitadores propuseram a divisão dos especializandos em 5 grupos de acordo com os temas que foram escolhidos. Assim, foram criados os Grupos Afinidade - GA, e os temas foram novamente trabalhados em cada grupo.

O GA-12 identificou como uma lacuna importante existente na consolidação das ações de VISA no âmbito do SUS a inexistência de instrumentos de monitoramento e avaliação dos planos de ação de VISA. Para fundamentar o projeto aplicativo foi utilizado como termo de referência a matriz decisória, árvore de problemas e construção de cenário de viabilidade e gestão do plano com a construção da descrição do problema, definição de nós críticos, atores envolvidos, recursos necessários, bem como os cenários que serão encontrados, quais atores poderão nos auxiliar ou não com o desenvolvimento e sucesso do projeto aplicativo elaborado. As matrizes foram desenvolvidas durante os encontros presenciais/oficina de trabalho.

4.2 Região Metropolitana de Curitiba – área de abrangência do estudo

Na década de 70, a Região Metropolitana de Curitiba - RMC era constituída por 14 municípios: Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Mandirituba, Piraquara, Quatro

Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais. Após os desmembramentos de alguns destes municípios, atualmente a RMC é composta por 29 municípios que pertencem a área de abrangência da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.



Figura 1 – Mapa referente aos municípios pertencentes a região Metropolitana de Curitiba. Fonte: <http://www.ippuc.org.br>. Acesso em 28/08/2012

A Região Metropolitana de Curitiba - RMC, devido sua estratégica localização geográfica, tem posição de extrema importância, pois está próxima dos principais mercados produtores e consumidores brasileiros e dos países do Mercosul, por isso tem atraído novas indústrias em vários municípios. Neste contexto, verifica-se a importância da elaboração de Planos de Ação de VISA de acordo com a realidade de cada município, bem como a aplicação de instrumentos de avaliação e monitoramento destes. Devido a isso os municípios pertencentes à RMC serão foco do nosso estudo, visto que haverá uma proposta aos gestores para a aplicação do instrumento de avaliação e monitoramento dos seus Planos de Ação de acordo com o nosso projeto aplicativo.

4.3 Construção do Projeto Aplicativo – Metodologia:

4.3.1 Situação Atual e Situação Desejada – o processo de construção

No segundo encontro realizado em novembro de 2011, após reflexão sobre nosso cotidiano, rotinas e processos de trabalho, foi realizada uma dinâmica, sendo que cada especializando registrou duas tarjetas sobre situação inicial - SI (Onde estamos? Como percebemos a gestão da VISA em nosso espaço de trabalho?) e duas tarjetas sobre situação desejada - SD (Onde quero chegar? Como deveria ser a gestão da VISA em seu espaço de trabalho?), sendo que após o agrupamento das situações foram definidos os temas:

- Gestão do trabalho e educação na saúde
- Estrutura organizacional de VISA
- Processos de trabalho
- Planejamento de gestão.

Após a avaliação das tarjetas, os facilitadores propuseram a divisão dos especializandos em 5 grupos de acordo com os temas que foram escolhidos. Assim, foram criados os Grupos Afinidade - GA, e os temas foram novamente trabalhados em cada grupo.

O GA-12 identificou como uma lacuna importante existente na consolidação das ações de VISA no âmbito do SUS a inexistência de instrumentos de monitoramento e avaliação dos planos de ação de VISA. Para fundamentar o projeto aplicativo foram utilizados como termos de referência a matriz decisória, árvore de problemas e construção de cenário de viabilidade e gestão do plano com a construção da descrição do problema, definição de nós críticos, atores envolvidos, recursos necessários, bem como os cenários que serão encontrados, quais atores poderão nos auxiliar ou não com o desenvolvimento e sucesso do projeto aplicativo elaborado. As matrizes foram desenvolvidas durante os encontros presenciais/oficina de trabalho.

4.3.2 Árvore de Causas

Consiste em um modelo gráfico no qual são descritas as combinações de causas que levam a eventos indesejados.

Cabe ressaltar também que a árvore de causas é um modelo que abrange todas as falhas do sistema e todas as possíveis causas para tais falhas já que a análise considera

somente as falhas consideradas reais, desprezando as que não se enquadram nesta exigência.

De acordo com Stamatelatos *et al* (2002), uma análise bem sucedida de árvore de causas deve ser realizada através dos seguintes passos:

- Identificação do objetivo da análise;
- Definição do evento topo da árvore de causas;
- Definição do escopo da análise;
- Definição da resolução da análise;
- Definição de regras básicas para a análise;
- Construção da árvore de causas;
- Avaliação da árvore de causas.

4.3.3 Desenho do Plano de Ação

Matriz I - Vetor de descrição de resultados:

Vetor de descrição do problema(VDP)	Vetor de descrição do resultado(VDR)
D1: Falta de critérios de avaliação das ações de VISA planejadas	R1: Definir e estabelecer os critérios de avaliação das ações de VISA planejadas observando o risco sanitário. R2: Definir e estabelecer os critérios de avaliação das ações de VISA planejadas observando aspectos epidemiológicos. R3: Definir e estabelecer os critérios de avaliação das ações de VISA planejadas observando aspectos de educação sanitária.
D2: Falta de envolvimento/ participação dos atores sociais na construção do plano de ação	R1: Oportunizar a participação dos técnicos VISA na construção dos planos de ação; R2: Oportunizar a participação dos gestores na construção dos planos de ação;

Matriz II – Identificação das frentes de ação para o problema:

I. Governabilidade - Dentro das Capacidades do Ator			
Nó Crítico	Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)	Possibilidade de Ação (alta, média, baixa; qual ação)	Seleção (Sim/Não)
NC1: Falta de instrumentos de avaliação e monitoramento do Plano de Ação	ALTO	1. Elaboração de um instrumento de avaliação e monitoramento do Plano de Ação dos municípios da região metropolitana de Curitiba fundamentados no risco sanitário, em critérios epidemiológicos e educação sanitária (ALTO)	SIM
II. Governabilidade - Fora das Capacidades do Ator			
Nó Crítico	Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)	Possibilidade de Ação (Quem pode e o que pode fazer)	Seleção (Sim/Não)
NC2: Falta de conhecimento dos técnicos	MÉDIO	Gestor: Promover processo de educação continuada/permanente Técnico: Busca do conhecimento	NÃO
NC3: Desconhecimento das atribuições e responsabilidades da VISA	MÉDIO	Gestor: Promover processo de divulgação entre os pares e à sociedade	NÃO

Matriz III - desenho das operações:

Nó Crítico	Operações e Atividades	Responsável	Apoio	Prazo
NC1: Falta de instrumentos de avaliação do Plano de Ação	OP1: Compor uma equipe de trabalho para construção de instrumento de avaliação.	Facilitadora Corina Charlotte Keller Equipe GA-12	Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, ANVISA, Gestores Estaduais e Municipais	DEZ/2011
	OP2: Elaboração do instrumento de avaliação do Plano de Ação conforme risco sanitário A1: Definir o formato de construção do instrumento (elenco norteador). A2: Selecionar riscos sanitários quantitativos e qualitativos	Equipe GA-12 Anna, Manoela e Denise Claudia, Daniele Lucinéia e Valéria	Facilitadora Corina Charlotte Keller Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, ANVISA, Gestores Estaduais e Municipais	Versão preliminar 20/07/12 Versão final: AGO/2012 A1 e A2: maio/2012
	OP3: Elaboração do instrumento de avaliação do Plano de Ação conforme critérios epidemiológicos. A1: Selecionar critérios epidemiológicos quantitativos e qualitativos	Equipe GA-12 Sara Jane, Helen e Andiará	Facilitadora Corina Charlotte Keller Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, ANVISA, Gestores Estaduais e Municipais	A1: maio/2012

Matriz IV - Identificação das demandas frente a outros atores. Para cada nó crítico que esteja fora da capacidade do ator, identificam-se as demandas que são necessárias fazer por parte das autoridades ou outros atores relevantes para enfrentar o problema:

Nó Crítico	Demanda	Responsável	Apoio	Prazo
NC2: Falta de conhecimento dos técnicos	Promover processo de educação continuada/permanente aos técnicos VISA	Gestor:	SMS, SESA e ANVISA	Contínuo
NC3: Desconhecimento das atribuições e responsabilidades da VISA	Promover processo de divulgação entre os pares e à sociedade	Gestor:	SMS, SESA e ANVISA	Contínuo

Matriz V – Avaliação das operações. A cada operação desenhada analisa-se a relação recurso, produto, resultado para estabelecer a eficiência e eficácia:

I. Não exigem Recursos Econômicos					
Operação	Recursos (organização, conhecimento, poder)	Produto	Resultado	Eficiência (alta, média, baixa)	Eficácia (alta, média, baixa)
OP1: Elaboração de um instrumento de avaliação e monitoramento do Plano de Ação, conforme risco sanitário, critérios epidemiológicos e educação sanitária.	Organização e conhecimento	Instrumento elaborado observando os aspectos do risco sanitário, critérios epidemiológicos e educação sanitária	Aplicabilidade do instrumento elaborado nos municípios da região metropolitana de Curitiba	Alta	Alta
II. Exigem Recursos Econômicos					
Operação	Recursos (econômicos, organização, conhecimento, poder)	Produto	Resultado	Eficiência (alta, média, baixa)	Eficácia (alta, média, baixa)

Matriz VI - Orçamento das Operações que exigem recursos econômicos. Detalha-se o custo estimado dos recursos necessários e as fontes de ingresso ou financiamento requerido:

Operações	Especificação da Despesa		Custo (R\$)		Fonte de Financiamento
	Quantidade	Custo unitário	Mensal	Anual	
Aplicação do instrumento de avaliação e monitoramento do Plano de Ação, conforme risco sanitário, critérios epidemiológicos e educação sanitária, proposto pelas especializadas do curso de gestão da VISA, incluindo reunião com os gestores e capacitação para os avaliadores.	29 instrumentos	-cópias do instrumento: R\$ -facilitadores: -transporte: -local para realizar os treinamentos: -Coffe-break: -canetas: -crachás: -blocos de anotações: -pastas de papelão e elástico: -etiquetas:	Conforme cotação no período a ser realizado	Conforme cotação no período a ser realizado	Secretaria Estadual de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde

Matriz VII - Análise de Viabilidade do Plano:

Variáveis (fora do controle do ator principal)	Cenários		
	Teto	Centro	Piso
Política – Eleições municipais – provável troca de gestor de saúde	O gestor apoia.	O gestor é sensível ao projeto.	O gestor tem interesse mínimo ao projeto.
Econômica – Recursos financeiros para a implantação do projeto	Há recursos disponíveis.	É possível negociar recursos.	Não existem recursos disponíveis.
Técnica – Disponibilidade de capacidade técnica (Recursos Humanos capacitados, Recursos Materiais, conhecimento, sistema de informação, equipamentos e outros) para a implantação do projeto	Capacidade técnica disponível	É possível negociar disponibilização de capacidade técnica	Capacidade técnica indisponível
Organizacional – Apoio dos demais gestores (epidemiologia, assistência, auditoria etc.) e instancias colegiadas (conselho municipal de saúde, CIB) a implantação do projeto	Ter o apoio de todos os gestores	Há gestores sensíveis ao projeto	Não há apoio

5. CONCLUSÃO

A administração pública deve elaborar o planejamento sanitário no qual estão inseridos: a gestão fragmentada do trabalho - com a finalidade de estimular a intersectorialidade; a descentralização responsável pelas ações de VISA; a educação sanitária, a inclusão social e a co-responsabilidade, para o comprometimento de todos os atores envolvidos. O Plano de Ação de Saúde atual não está fundamentado em princípios de intersectorialidade, territorialização e características epidemiológicas. A falta de gestão de trabalho pautada em aspectos sanitários e epidemiológicos e a ausência de políticas públicas refletem na insatisfação da população, pela exposição desta aos riscos sanitários. Tal enfrentamento deve iniciar pela sensibilização dos gestores para que assim assumam esse problema como uma questão de saúde pública. A fragmentação das Vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental) provoca problemas de gestão e de consolidação de informações estratégicas para defesa da saúde, portanto é importante que ocorra a organização das Vigilâncias dentro de um sistema único e coordenado, denominado Sistema Nacional de Vigilância em

Saúde. Superada esta etapa é necessário estabelecer o universo a ser abrangido o que permite a inclusão do assunto nos Planos de Ação das VISAs, estabelecendo as competências e responsabilidades, o financiamento das ações, o planejamento e a construção do trabalho de forma articulada com os diversos setores envolvidos, bem como realizar o monitoramento e avaliação contínua destes planos para verificar estão contemplando a realidade encontrada.

6. ANEXOS

6.1 Minuta – Critérios de monitoramento e Avaliação do Plano de Ação de Vigilância Sanitária

Ano Base:

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO/ESTADO	
Município:	Estado:
Código IBGE:	Código IBGE:
Prefeito da Cidade:	Secretário Municipal de Saúde:
Razão Social da Secretaria de Saúde:	Código CNES/MS:
CNPJ:	
Endereço da Secretaria de Saúde:	CEP:
Telefone:	FAX:
E-Mail:	Site Internet da SMS/ SE - Município/Estado
Referência para Contato:	Referência para Contato:
Gabinete:	Vigilância Sanitária:
Telefone:	Telefone:
E-mail:	E-mail:

BASES LEGAIS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Instrumento legal de criação do FMS :
	CNPJ do FMS:
	Gestor do FMS:
INFORMAÇÕES DE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	Instrumento legal de criação do CMS:
	Nome do Presidente:
	Segmento:
	Data da ultima Eleição do CMS:
	Telefone:
	E-Mail:
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:	Período a que se refere o PMS:
	Aprovação no CMS:
	Resolução Nº
	Data
PACTO PELA SAÚDE	Data da homologação do Termo de Gestão na reunião da CIT:
PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Aprovação / Homologação no CMS:
	Resolução Nº
	Data
	Apresentação a SE/RS ou CIB:
	Ofício de Encaminhamento Nº
	Data

6.2 Monitoramento e Avaliação do Plano de Ação de Vigilância Sanitária

Ano Base:

Identificação do Município/Estado:

População:

ELENCO NORTEADOR - GRUPO I

AÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO E O FORTALECIMENTO DA GESTÃO

Área Temática 1: Estrutura legal

Ação	SIM	NÃO	NSA	Quantidade	Observações
1 - Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal;					
Regime de Contratação de Servidores: assinale a opção: (SIM) (NÃO) (NSA)					
Admitidos por Concurso Público:					
Contratados em regime CLT:					
Outro regime de contratação especifique:					
Técnicos de Vigilância Sanitária:					
Nº Total de Técnicos de Vigilância Sanitária					
Nº Total de Técnicos de Vigilância Sanitária Nível Superior::					
Nº Total de Técnicos de Vigilância Sanitária Nível Médio:					
Nº Total de Técnicos de Vigilância Sanitária Nível Auxiliar					
Os técnicos de VISA acumulam atribuições das demais áreas de Vigilância em Saúde: assinale a opção: (SIM) (NÃO) (NSA)					
Nº Total de Técnicos que acumulam atribuições das demais áreas de Vigilância em Saúde, especificar:					
Vigilância Epidemiológica:					
Vigilância Ambiental:					
Saúde do Trabalhador:					
Controle de Zoonoses e Vetores:					

Possui técnicos específicos para atuação em Controle de Endemias (Dengue, malária, etc). assinale a opção: (SIM) (NÃO) (NSA)					
Nº Total de Técnicos para controle de endemias:					
Meios de Verificação de Resultados					
Indicar instrumento utilizado Lei Municipal/Estadual nº /ano – publicado em DOM ou DOE - Anexar cópia impressa ou arquivo digital					
Exemplo: Portaria de designação dos profissionais como fiscais sanitários, Relatório CNES – BPA – SIASUS, ou documento similar					
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:					

Ação
2 - Instrumento legal de criação da Visa, com definição de atribuições e competências;
Indicar as legislações e suas publicações legais:
Lei Municipal nº
Publicado em DOM nº..... Data:.....
Lei Estadual nº.....
Publicado em DOE nºData:.....
Meios de Verificação de Resultados
Indicar instrumento utilizado Lei Municipal/Estadual nº /ano – publicado em DOM ou DOE - Anexar cópia impressa ou arquivo digital
Exemplo: Lei de Regulamentação do Regimento Interno da SMS/SES, Lei de Criação do Serviço de Vigilância Sanitária, Lei de Criação de Órgão Arrecadador para recolhimento de taxas tributárias e multas, ou documento similar, Decreto que regulamenta o Processo Administrativo Sanitário.

<p>Ação</p> <p>3 - Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde;</p>
<p>Indicar as legislações e suas publicações legais:</p> <p>Lei Municipal n°</p> <p>Publicado em DOM n° Data:.....</p> <p>Lei Estadual n°</p> <p>Publicado em DOE n°Data:.....</p>
<p>Meios de Verificação de Resultados</p> <p>Indicar instrumento utilizado Lei Municipal/Estadual n° /ano – publicado em DOM ou DOE - Anexar cópia impressa ou arquivo digital</p> <p>Exemplo: Lei Orgânica do Município/ Estado, Lei Orgânica da SMS/SES, Lei de Regulamentação do Regimento Interno da SMS/SES ou documento similar</p>
<p>Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:</p>
<p>Ação</p> <p>4 - Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal</p>
<p>Indicar as legislações e suas publicações legais:</p> <p>Lei Municipal n°</p> <p>Publicado em DOM n° Data:.....</p> <p>Lei Estadual n°</p> <p>Publicado em DOE n°Data:.....</p>

<p>Meios de Verificação de Resultados</p> <p>Indicar instrumento utilizado Lei Municipal/Estadual n° /ano – publicado em DOM ou DOE - Anexar cópia impressa ou arquivo digital caso utilize de legislação estadual/municipal</p>
<p>Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:</p>

ELENCO NORTEADOR - GRUPO I

AÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO E O FORTALECIMENTO DA GESTÃO

Área Temática 2: Estrutura física e recursos materiais

Ação	SIM	NÃO	NSA
5 - Espaço físico para o desenvolvimento das atividades;			
Espaço físico adequado para o desenvolvimento dos trabalhos e compatível com o n° de técnicos:			
Possui Mobiliários (mesas, cadeiras, armários, arquivos), suficientes e adequados para toda a equipe;			
Meios de Verificação de Resultados, especifique:			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação		Quantidade Existente	Quantidade Necessária
6 - Canais de comunicação: telefone/fax/internet;			
Equipamentos e meios de comunicação de utilização exclusiva da Vigilância Sanitária: assinale a opção: (SIM) (NÃO) (NSA)	Telefone -fixo : (SIM) (NÃO) (NSA)		
	Telefone celular (para suporte nas ações de campo e serviço de plantão) : (SIM) (NÃO) (NSA)		
	Fax: (SIM) (NÃO) (NSA)		
	Computador: (SIM) (NÃO) (NSA)		
	Impressora: (SIM) (NÃO) (NSA)		
	Acesso à internet: (SIM) (NÃO) (NSA)		
	Scanner: (SIM) (NÃO) (NSA)		
	GPS: (SIM) (NÃO) (NSA)		
Equipamentos e meios de comunicação de utilização compartilhada (especificar, indicando n° de usuários por computador):.....			
Meios de Verificação de Resultados, especifique:			

Ação		SIM	NÃO	NSA
7 - Equipamentos específicos para fiscalização				
Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais) de utilização exclusiva da Vigilância Sanitária: assinale a opção: (SIM) (NÃO) (NSA)	Cópias de legislação sanitária vigente			
	Mapas do Território (cidade, bairros, arruamento)			
	Mapas de Riscos sanitários identificados no Território			
	Uniformes (coletes, jalecos) e crachás que promovam a identificação dos técnicos;			
	Pasta com identificação da VISA municipal ou estadual;			
	Equipamentos de proteção individual: avental/jaleco, gorros, luvas, touca, máscaras, óculos, (inclusive descartáveis, de acordo com a necessidade do tipo de inspeção a ser realizada);			

Máquina fotográfica digital, filmadora: para registro dos eventos/provas, elaboração de relatórios, instrução de processos administrativos sanitários instaurados;			
Termômetros (para ambientes e produtos), aparelhos/instrumentos para mensuração física, iluminação, ruído, pressão e outras fontes de poluição ambiental;			
Calculadoras eletrônicas, Trenas, escalas de medição			
Kits de medição para água (cloro residual e ph)			
Impressos específicos de VISA com brasão oficial da SMS/SES: Alvará/Licença Sanitária, roteiros de inspeção, blocos de auto-termos (intimação, infração, apreensão);			
Embalagens e lacres para coleta de amostras, lacres (adesivos) para interdição/apreensão;			
Materiais educativos (folders, cartilhas, cartazes) abrangendo as diversas áreas de atuação da VISA;			
Meios de Transporte compatíveis com a realidade do território (automóveis, caminhonetes, barcos, bicicleta) para deslocamento da equipe e transporte de materiais;			
Meios de Transporte de utilização exclusiva da Vigilância Sanitária: Em caso de compartilhamento, indicar carga horária semanal de utilização de meios de transporte:.....			
Meios de Verificação de Resultados			
Apresentação de materiais (cópias, originais, fotos, arquivos digitais)			
Relação de Meios de Transporte utilizados (tipo e quantidade)			

ELENCO NORTEADOR - GRUPO I

AÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO E O FORTALECIMENTO DA GESTÃO

Área Temática 3: Estrutura administrativa e operacional

Ação	SIM	NÃO	NSA
8 - Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;			
Possui Cadastro de Estabelecimentos de Interesse à Saúde e de Situações de Interesse à Saúde e Risco Sanitário			
Observação: Ação envolvendo a coleta e organização de dados e informações de todos os estabelecimentos que desenvolvam atividades econômicas de interesse à saúde, e dos locais e de Situações de Interesse à Saúde e Risco Sanitário, passíveis à atuação da Vigilância Sanitária, bem como, dos serviços públicos ou privados, conforme Lei Federal nº 8.080/90.			

Sistema Manual (fichas, livros de controle, arquivos)			
Sistema Informatizado			
Utiliza geo referenciadas na organização de informações			
Utiliza cadastros unificados com outros setores da administração pública (finanças, urbanismo, etc)			
Especificar:			
Meios de Verificação de Resultados			
Breve relato da organização de informações			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação	SIM	NÃO	NSA
9 - Sistemas de informação de interesse do SNVS;			
<p>O Sistema de Informações em Vigilância Sanitária deverá ser composto de um banco de dados capaz de oferecer suporte técnico e operacional às ações de VISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Protocolo e Expediente: para controle de atividades e rotinas técnicas e administrativas • Manuais de padronização de rotinas administrativas, técnicas e legais (processo administrativo sanitário) • Arquivo atualizado de legislação sanitária e bibliografia técnica • Conjunto de dados provenientes de cadastros, roteiros e relatórios de inspeção, laudos laboratoriais, produção de atividades, mapas de risco, etc. • Relatórios de morbi-mortalidade e outras de fontes de estatísticas epidemiológicas. • Sistema organizado de atendimento à emergências, denúncias, reclamações e solicitação de informações, com número de telefônico disponível e divulgado para toda a comunidade. 			
Sistema Manual (fichas, livros de controle, arquivos)			
Sistema Informatizado			
Utiliza sistemas de informação unificados com outros setores da administração pública (finanças, urbanismo, etc)			

Especificar:			
Utiliza (alimenta e/ou consulta) Sistemas de Informação da ANVISA			
Especificar:			
Meios de Verificação de Resultados			
Breve relato do funcionamento do sistema informatizado			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação	SIM	NÃO	NSA
10 - Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.			
A execução das ações de Vigilância Sanitária exige uma série de procedimentos de controle burocrático-administrativos uma vez que uma de suas atribuições é expedir autorizações e licenças para o funcionamento de atividades de interesse à saúde. Da mesma forma a observância de ritos administrativos quando da instauração de Processos Administrativos Sanitários, cada estado e município deve possuir seus protocolos e rotinas de trabalho para os principais procedimentos autorizatórios e de controle:			
1. Licença Sanitária / alvará sanitário;			
2. Aprovação de projetos arquitetônicos de estabelecimentos de interesse a saúde;			
3. Vistoria da saúde – conclusão de obras de estabelecimentos de interesse a saúde, em alguns municípios denominados “Habite-se”;			
4. Cadastro de profissionais de saúde e instituições, para fins de prescrição e dispensação de produtos e substâncias sujeitas a controle especial – Portaria MS nº 344/1998;			
5. Ingresso e baixa de responsável técnico;			
6. Abertura e encerramento de livros de controle (medicamentos, óticas, sangue);			
7. Balancetes de medicamentos controlados;			
8. Solicitação de prazos, aberturas de portas, desinterdição;			
9. Recurso e Defesa administrativa em processo administrativo sanitário.			

<p>Procedimentos autorizatórios ANVISA</p> <p>10. Autorização especial de funcionamento para empresas e Autorização de funcionamento de empresas junto ao MS/ANVISA;</p> <p>11. Certificação de Boas Práticas junto a ANVISA;</p> <p>12. Registro de Medicamentos, Cosméticos, Saneantes e Produtos de Saúde – ANVISA;</p> <p>13. Registro de Alimentos - Registro e comunicado de início de fabricação de alimentos junto ao Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;</p>			
<p>Meios de Verificação de Resultados</p> <p>Breve relato</p> <p>Apresentação de materiais (cópias, originais, fotos, arquivos digitais)</p>			
<p>Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:</p>			

ELENCO NORTEADOR - GRUPO I

AÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO E O FORTALECIMENTO DA GESTÃO

Área Temática 4: Gestão de pessoas

Ação	SIM	NÃO	NSA
<p>11 - Profissional ou equipe de VISA para o desenvolvimento das atividades;</p>			
<p>O cadastro das equipes de Vigilância Sanitária, como prestador do SUS no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o registro de sua produção no SIA-SUS, através do Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA, foi estabelecido através de uma pactuação tripartite (ANVISA, CONASS e CONASEMS), não só para garantir a transparência da produção das equipes frente ao repasse do Teto Financeiro Fundo a Fundo, mas também ser uma ferramenta para o levantamento da capacidade técnica em VISA instalada em Estados, Distrito Federal e Municípios. A Portaria nº 3252/2009 estabelece a obrigatoriedade de alimentação dos dados no CNES e SIA-SUS, para repasse financeiro do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária.</p> <p>A composição e qualificação da equipe técnica de Vigilância Sanitária devem respeitar em primeiro lugar as características, responsabilidades legais e risco sanitário de seu território de atuação (estadual e municipal).</p> <p>É importante frisar que o poder de polícia inerente ao exercício do profissional de vigilância sanitária depende de designação para atuação em nome da administração pública, na função de autoridade sanitária e, conseqüente, investidura por ato formal do Gestor de Saúde.</p>			

A Vigilância Sanitária está cadastrada no CNES como prestador SUS			
Técnicos de Vigilância Sanitária estão cadastrados no CNES			
A Vigilância Sanitária alimenta mensalmente o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais – BPA no SIA-SUS			
A equipe de Vigilância Sanitária é compatível em quantidade e capacitação para o desenvolvimento das ações de Controle de Risco Sanitário em seu território?			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação	SIM	NÃO	NSA
12 - Educação Permanente.			
<p>Em relação aos processos de capacitação técnica, deve ser disponibilizado o acesso à educação permanente aos profissionais de vigilância sanitária, orientada para a intervenção nos problemas sanitários mais freqüentes e/ou prioritários no território de atuação, bem como para a fiscalização do cumprimento da legislação que normatiza o funcionamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. A incorporação de novas tecnologias aos processos produtivos e de prestação de serviços tem exigido do poder público agilidade para a avaliação dos riscos a elas relacionados. Como principais medidas de controle competem à vigilância sanitária a permanente revisão das normas sanitárias e a atualização dos profissionais que fiscalizam seu cumprimento.</p> <p>O processo de capacitação de técnicos VISA têm como objetivo a preparação dos profissionais para a execução de ações básicas de educação e promoção de saúde, inspeções sanitárias, investigação de surtos, atualização e aplicação de normas sanitárias, bem como a formação de especialistas em áreas de interesse da vigilância sanitária, isto é, em áreas e setores de alto custo para o SUS, alta complexidade técnica e densidade tecnológica envolvida nos processos produtivos e de prestação de serviços.</p>			
<p>A SES possui setor específico para o desenvolvimento de Educação Permanente aos profissionais de saúde</p> <p>Nome do setor:</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p> <p>Responsável:</p>			
<p>A SES/ VISA possui setor específico para o desenvolvimento de Educação Permanente aos profissionais VISA</p> <p>Nome do setor:</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p> <p>Responsável:</p>			
<p>A SMS possui setor específico para o desenvolvimento de Educação Permanente aos profissionais de saúde</p> <p>Nome do setor:</p>			

<p>Fone:</p> <p>E-mail:</p> <p>Responsável:</p>			
<p>A SMS/ VISA possui setor específico para o desenvolvimento de Educação Permanente aos profissionais VISA</p> <p>Nome do setor:</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p> <p>Responsável:</p>			
<p>A Vigilância Sanitária possui pessoa referência para o desenvolvimento de Educação Permanente aos profissionais de VISA</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p> <p>Responsável:</p>			
<p>Os técnicos de VISA participaram de Congressos, Seminários, Cursos (ano base)</p> <p>Especificar, citando nome do evento e n° de participantes:</p>			
<p>Existe material produzido pelos profissionais de VISA apresentados em cursos, congressos, seminários ou publicações</p>			
<p>Meios de Verificação de Resultados</p> <p>Breve relato</p> <p>Apresentação de materiais (cópias, originais, fotos, arquivos digitais)</p>			
<p>Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:</p>			

ELENCO NORTEADOR - GRUPO I

AÇÕES PARA A ESTRUTURAÇÃO E O FORTALECIMENTO DA GESTÃO

Área Temática 5: Fortalecimento da gestão

Ação	SIM	NÃO	NSA
13 - Participações em instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIB, Colegiado de Gestão Regional e Câmaras técnicas);			
<p>A Comissão Intergestores Bipartite - CIB, Colegiado de Gestão Regional -CGR e Câmaras Técnicas - CT são Espaços de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).</p> <p>Os Secretários Municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB.</p> <p>Os COSEMS são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País.</p>			
<p>A SMS participa das reuniões Câmaras Técnicas – CT, Colegiado de Gestão Regional –CGR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB e COSEMS</p> <p>Indicar qual:</p> <p>Nome da pessoa referência:</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p>			
<p>A Vigilância Sanitária participa das reuniões Câmaras Técnicas – CT, Colegiado de Gestão Regional –CGR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB e COSEMS</p> <p>Indicar qual:</p> <p>Nome da pessoa referência:</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p>			
<p>Meios de Verificação de Resultados</p> <p>Breve relato</p> <p>Cópia de Atas, listas de frequência</p>			
<p>Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:</p>			

Ação	SIM	NÃO	NSA

14 - Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social;			
<p>A Gestão Estratégica e Participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização</p> <p>social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.</p> <p>Os mecanismos institucionalizados de controle social são representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo.</p> <p>Os Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros.</p>			
<p>A Vigilância Sanitária participa das reuniões de Conselhos Locais, Distritais e Municipais de Saúde</p> <p>Indicar qual:</p> <p>Nome da pessoa referência:</p> <p>Fone:</p> <p>E-mail:</p>			
A Equipe de Vigilância Sanitária participa da Conferência Municipal de Saúde			
O setor de Vigilância Sanitária possui cópia do Relatório da última Conferência Municipal de Saúde realizada.			
A Equipe de Vigilância Sanitária conhece o conteúdo do Relatório da última Conferência Municipal de Saúde realizada.			
Meios de Verificação de Resultados			
Breve relato			
Cópia de Atas, listas de frequência			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação	SIM	NÃO	NSA
15 - Monitoramento e avaliação das ações de VISA definidas no Plano de Saúde, nas Programações Anuais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão;			

<p>Monitoramento e avaliação podem ser entendidos como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos</p> <p>O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde.</p>			
A Vigilância Sanitária monitora e avalia suas ações constantes do Plano Municipal de Saúde			
A Vigilância Sanitária monitora e avalia suas ações constantes da Programação Anual de Saúde			
A Vigilância Sanitária participa da elaboração do Relatório Anual de Gestão			
O setor de Vigilância Sanitária possui cópia do Plano Municipal de Saúde			
O setor de Vigilância Sanitária possui cópia da Programação Anual de Saúde			
O setor de Vigilância Sanitária possui cópia do Relatório Anual de Gestão			
A Equipe de Vigilância Sanitária conhece o conteúdo do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão			
Meios de Verificação de Resultados			
Breve relato			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação	SIM	NÃO	NSA
16 - Participação no Processo de Descentralização e regionalização			
A Descentralização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7508/2011 reafirmam a responsabilidade do gestor de saúde sobre seu território de competência.			
Não se aplica aos municípios			

Ação	SIM	NÃO	NSA
17 - Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde			
O Pacto pela Saúde, a Portaria nº 3252/2009 e o Decreto nº 7508/2011 reafirmam a responsabilidade do gestor de saúde em promover o Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde em seu território de competência.			

A Vigilância Sanitária elabora o Plano de Ação de Vigilância Sanitária de forma ascendente, envolvendo todos os setores da Saúde, em especial a Atenção Primária em Saúde.			
A Vigilância Sanitária participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde			
A Vigilância Sanitária participa da elaboração da Programação Anual de Saúde			
A Vigilância Sanitária participa da elaboração do Relatório Anual de Gestão			
Meios de Verificação de Resultados			
Breve Relato			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

Ação	SIM	NÃO	NSA
18 - Participação no Financiamento das Ações			
Os recursos financeiros para financiamento das ações de Vigilância Sanitária são provenientes de recursos federais (Ministério da Saúde, ANVISA) - transferidos fundo a fundo, recursos estaduais pactuados em CIB e recursos municipais provenientes do Fundo de Participação dos Municípios e de taxas e multas de VISA .			
A Vigilância Sanitária conhece o valor do recurso financeiro transferido pelo Ministério da Saúde e ANVISA.			
A Secretaria Estadual de Saúde transfere algum recurso financeiro para a Vigilância Sanitária. Motivo: Valor transferido:			
A Vigilância Sanitária conhece o valor do recurso financeiro municipal investido para financiamento e custeio das ações de VISA (folha de pagamento e materiais e insumos)			
Em sua opinião, considera suficiente o recurso financeiro transferido pelo Ministério da Saúde e ANVISA para o desenvolvimento de atividades de estruturação de gestão e gerenciamento do risco sanitário?			
Em sua opinião, que tipo de critérios deveriam ser utilizados para transferência de recursos federais, de modo a atender o princípio do SUS - a equidade?			

Meios de Verificação de Resultados			
Breve Relato			
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:			

ELENCO NORTEADOR – GRUPO II

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO

Área de Intervenção 1: Produtos, serviços de saúde e de interesse à saúde e ambientes

	1- Inspeção Sanitária	
Prioridade	Especificação	N° Total Anual
BPA - GERAL	01.02.01.007-2 - Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	
BPA - GERAL	01.02.01.017-0 - Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	
BPA - GERAL	01.02.01.018-8 - Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	
BPA – PPA	01.02.01.028-5 - Inspeção sanitária de instituições de longa permanência para idosos	
BPA – PPA	01.02.01.014-5 - Inspeção sanitária de hospitais	
BPA – PPA Decreto n° 7508/2011	01.02.01.031-5 - Inspeção sanitária de indústrias de medicamentos	
BPA – PAVS	01.02.01.034-0 – Inspeção sanitária de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama	
BPA – PAVS	01.02.01.037-4 - Inspeção sanitária de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança	
BPA – PAVS	01.02.01.040-4 - Inspeção sanitária de serviços de hemoterapia	
BPA – PAVS	01.02.01.043-9 - Inspeção sanitária de serviços de terapia renal substitutiva	
BPA – PAVS	01.02.01.046-3 – Inspeção sanitária de estabelecimentos de serviços de alimentação	
BPA – PAVS	01.02.01.048-0 – Fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados	
Decreto n° 7508/2011	Inspeção sanitária em unidades de pronto atendimento (urgência e emergência)	
Locais		

Locais		
INDICADORES:		Taxas
Nº estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária inspecionados x100 / nº de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária cadastrados		
Número de inspeções em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária x100/ Número de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária		
Número de Licenças Sanitárias dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária x100/ Nº de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária inspecionados		
Meios de Verificação de Resultados		
Relatórios, sistemas de informação		
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:		

2- Coleta de amostra para análise		
Prioridade	Especificação	Nº Total Anual
BPA – PPA	Número de coletas de produtos sujeitos à vigilância sanitária	
BPA – PPA	Número de coletas de alimentos sujeitos à vigilância sanitária	
BPA – PPA Decreto nº 7508/2011	Número de coletas de medicamentos sujeitos à vigilância sanitária	
SISPACTO	Número de coletas de amostras de água realizadas	
SNVS	Número de coletas de amostras regulares	
SNVS	Número de amostras irregulares	
INDICADORES		Taxas
Nº de amostras regulares/nº de amostras coletadas x 100		

Nº de amostras irregulares/nº de amostras coletadas x 100	
Locais	
Locais	
Meios de Verificação de Resultados	
Relatórios, sistemas de informação	
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:	

3 - Notificação, Investigação e Comunicação de Risco		
Prioridade	Especificação	Nº Total Anual
BPA – PPA Decreto nº 7508/2011	Número de notificações no NOTIVISA	
	Nº de investigações de notificações no NOTIVISA	
BPA – PPA	Número de notificações de surtos alimentares	
	Nº de investigações de notificações de surtos alimentares	
INDICADORES		Taxas
Nº de investigações de notificações no NOTIVISA /Nº de notificações no NOTIVISA X 100		
Número de investigações de notificações de surtos alimentares / Nº de notificações de surtos alimentares X 100		
Locais		
Locais		
Meios de Verificação de Resultados		
Relatórios, sistemas de informação		

Ação		
4 - Análise sanitária de projetos arquitetônicos		
Prioridade	Especificação	Nº Total Anual
BPA-Geral	01.02.01.006-4 - Análise de Projetos Básicos de Arquitetura	
BPA-Geral	01.02.01.019-6 - Aprovação de Projetos Básicos de Arquitetura	
INDICADORES		Taxas
Nº de Projetos Básicos de Arquitetura aprovados/nº de Projetos Básicos de Arquitetura analisados x100		
Locais		
Locais		
Meios de Verificação de Resultados		
Relatórios, sistemas de informação		
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:		

Ação		
5- Ações integradas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde		
Prioridade	Especificação	Nº Total Anual
BPA – PPA	Número de investigações de infecção hospitalar	
INDICADORES		Taxas
Nº de investigações/ nº casos notificados x 100 (casos concluídos)		
Locais		
Locais		

Meios de Verificação de Resultados Relatórios, sistemas de informação	
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:	

ELENCO NORTEADOR – GRUPO II

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO

Área de Intervenção 2: Educação e comunicação em saúde para a sociedade

	6 -Ações Intersectoriais de Educação em Saúde;	
Prioridade	Especificação	Nº Total Anual
SNVS	Nº de ações intersectoriais realizadas	
Descrever os temas, setores envolvidos e o nº de pessoas atingidas, público alvo		
Meios de Verificação de Resultados Relatórios, sistemas de informação		
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:		

	7– Atendimento a denúncia/reclamação	
--	---	--

Prioridade	Especificação	Nº Total Anual
SNVS	Nº Total de denúncias e reclamações cadastradas	
SNVS	Nº Total de denúncias e reclamações atendidas	
INDICADORES		Taxas
Nº Total de denúncias e reclamações atendidas / Nº Total de denúncias e reclamações cadastradas x 100		
Meios de Verificação de Resultados		
Relatórios, sistemas de informação		
Observações/ Comentários/Justificativas/Relato de Dificuldades ou Sugestões:		

8– Atividades educativas para profissionais do setor regulado		
Prioridade	Especificação	
	Nº de atividades educativas realizadas	

7. REFERÊNCIAS

1. ANVISA INSTRUMENTOS LEGAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Disponível no site <http://www.anvisa.gov.br>.
2. ANVISA, Conceitos básicos para a elaboração de indicadores – Capacitação no Elenco norteador e indicadores do Sinavisa – ANVISA 15 de agosto de 2008. Disponível em < www.anvisa.gov.br/.../conceitos_basicos_construção_indicadores.ppt > Acesso: 10 mai 2012.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007a. 26 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/index.htm>. Acesso em: 31/05/2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 1., 2001, Brasília. Relatório Final, 2001. 159 p.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de Orientações para a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária - Planejamento, Programação, Pactuação e Monitoramento das ações de Visa - Versão 1.2 Assessoria de Planejamento (APLAN/ANVISA) - Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (Nadav/Anvisa) - Brasília 25 de junho de 2007.
7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria GM/MS nº. 1.052, de 08 de maio de 2007. PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Disponível em< <http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/index.htm>> Acesso em: 16 abr 2012
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso 03 fev 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - Tomo I: Organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em

- <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1098> Acesso em: 17 abr 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.52 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
 13. CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília. Relatório Final. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. 159 p. Plano de Ação em Vigilância Sanitária Guia de Orientações.
 14. COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA – COMEC. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=30>. Acesso 13 jun. 2012
 15. COSTA, L.A.C. FRANCO, S.R.K. Ambientes Virtuais de Aprendizagem e suas Possibilidades Construtivistas. Artigo publicado nos anais do GCETE 2005 – Congresso Global de Educação em Engenharia e Tecnologia, realizado na cidade de Santos/SP, de 13 a 16 de março. V. 3 Nº 1, Maio, 2005 Novas Tecnologias na Educação CINTED-UFRGS
 16. FAINHOLC, B. La interactividad en la educación a distancia. Buenos Aires: Paidós, 1999
 17. MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.) - Caderno de funções gestoras e seus instrumentos./ Rio de Janeiro, : ead/ensp, 2009. 80 p.
 18. _____. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76 p.
 19. _____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - Tomo I: Organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 68 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1098. Acesso em: 31/05/2007.
 20. _____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - Tomo II: Instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 46 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1098. Acesso em: 31/05/2007.
 21. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 23 de fevereiro de 2006. [2006d].
 22. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM204.htm>. [2007b]. Acesso em: 31/05/2007.

23. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.052, de 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília: Diário Oficial da União nº. 88, Seção 1, p.33, de 09 de maio de 2007 [Retificação no Diário Oficial da União nº. 103, Seção 1, p.92, de 30 de maio de 2007]. [2007c]. Acesso em: 31/05/2007.
24. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS – Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. 2ª Edição. 2008. Capítulo 1 Indicadores de Saúde e a Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 349 p. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf>> Acesso 12 jul.2012
25. PROTOCOLO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, 2007. Disponível no site: www.anvisa.gov.br. Acesso em 10/01/2011.
26. SANTOS, E.O. OKADA, A.L.P. A Construção de Ambientes Virtuais de Aprendizagem: por autorias plurais e gratuitas no ciberespaço. Disponível em <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=aprendizado+em+ambientes+virtuais+web&btnG=&lr=>> Acesso 07 jun. 2012.
27. SCHELEMMER, E. Projetos de Aprendizagem Baseados em Problemas: uma Metodologia interacionista/construtivista para formação de Ambientes Virtuais de Aprendizagem. Revista Digital da CVA - RICESU ISSN 1519-8529 Colabora, Curitiba, v.1, n.2 - p. 10-21, novembro 2001. UNISINOS < Disponível em: <http://pead.ucpel.tche.br/revistas/index.php/colabora/article/view/17/15>> Acesso 07 jun. 2012.
28. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ – SESA. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2754>. Acesso 13 jun. 2012.

8. SITES RECOMENDADOS E CONTATOS

1. ANVISA

Site: <http://www.anvisa.gov.br>

2. PDVISA

Site: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/index.htm>

E-mail: pdvisa@anvisa.gov.br

3. NADAV/ANVISA

Site: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/estrutura/nadav.htm>

E-mail: nadav@anvisa.gov.br

Telefones: (61) 3448-1029/1436/3081/1024

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE

Site: www.saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-2425

5. PACTO PELA SAÚDE

Site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021

E-mail: dad@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-2649/3226-9737

6. PLANEJASUS

Site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1098

E-mail: planejasus@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-2677

FABIANA ANSELMO DE SOUZA
GILDO GONZAGA DE SOUSA
HILDALÉIA DE FÁTIMA LEANDRO
LOYDE RODRIGUES LIMA MACHADO
MARCIA SATOE ONISHI
MARIA LUIZA LEÃO SALERNO MALATESTA
SUELI CORNÉLIO SEBASTIÃO

PLANEJAMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA INTEGRADO AO
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER SUPERADO
PARA PROMOVER A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES.

São Paulo
2012

FABIANA ANSELMO DE SOUZA
GILDO GONZAGA DE SOUSA
HILDALÉIA DE FÁTIMA LEANDRO
LOYDE RODRIGUES LIMA MACHADO
MARCIA SATOE ONISHI
MARIA LUIZA LEÃO SALERNO MALATESTA
SUELI CORNÉLIO SEBASTIÃO

PLANEJAMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA INTEGRADO AO
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER SUPERADO
PARA PROMOVER A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES.

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

Orientadoras: Ana Maria A. Figueiredo de Souza
Renata S. L. da Rosa
Salma Regina Rodrigues Balista

São Paulo
2012

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

Leandro, Hildaléia de Fátima
Machado, Loyde Rodrigues Lima
Malatesta, Maria Luiza Leão
Onishi, Marcia Satoe
Sebastião, Sueli Cornélio
Sousa, Gildo Gonzaga de
Souza, Fabiana Anselmo de

Planejamento em Visa Integrado ao Plano Municipal de Saúde: um desafio a ser superado para promover a integralidade das ações: 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 da Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. VI. Título.

G333

Planejamento em Vigilância Sanitária Integrado ao Plano Municipal de Saúde: um desafio a ser superado para promover a integralidade das ações.

Introdução

Este projeto aplicativo foi elaborado com o intuito de propor aos gestores uma maneira de enfrentar a frágil participação da vigilância sanitária (VISA), com seus conhecimentos práticos, teóricos e científicos na elaboração do Plano Municipal de Saúde. Este dilema se deve ao fato de que o processo de ensino e aprendizagem deste curso baseado na problematização nos levou a identificar que a ausência do planejamento das ações da VISA pautado em uma análise situacional com ênfase na gestão do risco sanitário e devidamente inserido no Plano de Saúde, prejudica a viabilidade técnico-operacional e financeira das diretrizes voltadas à prevenção, promoção e proteção a saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando este como o problema central a ser enfrentado por esse projeto aplicativo. O desafio desta questão está intimamente ligado à potência da gestão do SUS local em dialogar com as diferentes áreas intra e extra institucional, a fim de encontrar mecanismos que articulem de maneira criativa as ações e metas estabelecidas para a Vigilância Sanitária.

Em nosso entendimento o Planejamento Estratégico Situacional (PES) nos oferece uma metodologia capaz de envolver diferentes atores sociais e nos prepara para a priorização das ações relativas aos riscos sanitários no território. O PES também se apresenta como uma possibilidade objetiva de ser incorporado como instrumento fundamental para introduzir e compatibilizar o planejamento da VISA em consonância com os Planos de Saúde dos Municípios da Região Metropolitana de São Paulo.

Justificativa

A desigualdade organizativa e teórica dos componentes das vigilâncias no campo da proteção e promoção à saúde e em relação à rede assistencial é um fato histórico presente no sistema público de saúde do Brasil. Com a municipalização da Saúde, a VISA e a vigilância epidemiológica (VE) estão alocadas no bloco Vigilância em Saúde, porém, as diretrizes que as norteiam são emanadas de órgãos diferentes na instância federal, o que dificulta a integração de seus processos de trabalho. Segundo Lucchese (2001), a Vigilância Sanitária ao estabelecer as prioridades das ações a serem desenvolvidas requer maior e melhor cooperação entre as três esferas de governo do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), para garantir acesso às informações e integração com outras práticas de vigilância.

Segundo o relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), o desafio a ser superado está diretamente ligado à capacidade dos gestores e trabalhadores em reconhecer a vigilância sanitária como área de atuação em saúde pública, que necessita dialogar com outras áreas do conhecimento para além da saúde e que deve ser contemplada no planejamento da saúde. As ações e metas devem integrar o Plano de Saúde para superar as ingerências políticas, para o reconhecimento das constantes mudanças no processo de trabalho e sob a concepção do controle sanitário.

No campo da Vigilância Sanitária, controle e fiscalização se confundem. O controle é mais amplo, pois inclui a fiscalização e se estende desde a regulamentação até as ações de educação, orientação e comunicação. Fiscalização é a ação verificadora do cumprimento da norma e se dá, muitas vezes, mediante a inspeção de estabelecimentos, atividades e ambientes. O que não queremos é que o termo fiscalização confunda-se com a própria Vigilância Sanitária e sim que sejamos reconhecidos pelos demais conceitos operativos, através dos quais a VISA desenvolve sua ação de proteção à saúde (ROSENFELD, 2000).

Battesini (2008) destaca a importância do processo de planejamento formalmente inserido no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Plano de Ação em VISA, devendo-se levar em conta a responsabilidade sanitária assumida, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse à saúde, as prioridades locais regionais e nacionais, a situação de saúde e os recursos físicos, financeiros e humanos necessários para a condução das ações com o propósito de elucidar quais são as linhas de financiamento que custeiam as vigilâncias e as diretrizes políticas das ações de promoção, proteção e prevenção da saúde.

Financiamento e Repasses

Como ação obrigatória do SUS, a Vigilância Sanitária compartilha os recursos orçamentários previstos para a saúde. De um modo geral, essas ações de responsabilidade de todos os entes federados devem ser financiadas por recursos próprios do tesouro de cada esfera e de outras fontes suplementares de financiamento (taxas oriundas do exercício de poder de polícia), transferências voluntárias, remuneração por serviços produzidos e convênios celebrados entre cada um dos entes. (OLIVEIRA, 2005).

No âmbito federal, os recursos financeiros para essa área são normatizados pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através de legislações específicas; ambos têm a prerrogativa de elaborar políticas e normas, bem como regulamentar as formas de financiamento e transferência dos recursos federais (Bloco de Vigilância em Saúde) para os Municípios e Estados desenvolverem suas ações de acordo com os seus planos de Saúde e Plano de Ação de Vigilância Sanitária (PAVISA) visando

estruturação e fortalecimento da gestão sanitária e das ações estratégicas para o gerenciamento do risco, bem como das pactuações acordadas entre os entes.

Todos os recursos financeiros transferidos para as atividades de vigilância sanitária devem constar no relatório de gestão como instrumento de prestação de contas das atividades realizadas e a manutenção do repasse dos recursos federais do componente da Visa está condicionado ao cadastramento dos serviços de Vigilância Sanitária (Visa) no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e preenchimento mensal da tabela de procedimentos de Vigilância Sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

A recente regulamentação da Lei 8080/90 pelo Decreto 7508/11 estabelece novos instrumentos de pactuações interfederativas de forma que as Regiões de Saúde¹ tenham suficiência na oferta de serviços e contenham no mínimo ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial, hospitalar e de vigilância em saúde.

Segundo o Decreto Federal nº 7508/11, no caso da Vigilância em Saúde as estratégias de inserção no contexto de regionalização para superar as dificuldades e propor a elaboração de uma política regional integrada deverão ser objeto de formulação e elaboração. Neste sentido, este é um momento ímpar para apresentar aos gestores municipais a contribuição da área; integrar-se ao planejamento regional, compor o Mapa de Saúde, uma ferramenta proposta pelo Ministério da Saúde para identificar e programar recursos e processos de saúde no território. Ele traz subsídios para o planejamento regional integrado, contribuindo para a confirmação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAPS).

Para fundamentar a escolha do nosso projeto buscamos identificar como tem sido a participação das equipes de VISA na contribuição e formulação das ações e metas nos Planos Municipais e Estadual.

Avaliação do Monitoramento das VISAs Municipais da Região Metropolitana de São Paulo

Elegemos o “Monitoramento VISA-M”, uma pesquisa realizada em todos os municípios do Estado de São Paulo em 2011, como a fonte de dados para verificarmos a situação do planejamento em VISA na região metropolitana de São Paulo.

A organização político-administrativa da Diretoria Regional de Saúde I (DRS I) abrange 39 (trinta e nove) municípios agrupados em 07 (sete) Colegiados de Gestão

¹ Regiões de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/site/index.php/juridico/leis-e-decretos/finish/12/332>. Acesso em 29.jul.2012

Regional – CGRs com seus respectivos Grupos de Vigilância Sanitária e Grupos de Vigilância Epidemiológica.

Para o nosso estudo escolhemos 08 (oito) municípios da Região Metropolitana de São Paulo, dos quais 04 (quatro) são sede dos Grupos de Vigilância Sanitária Regional e 04 (quatro) com população entre 100 (cem) a 200 (duzentos) mil habitantes, representando 20,5% de municípios e 12% da população.

Para este estudo foram utilizados apenas os dados referentes às questões ligadas à organização do processo de trabalho e de recursos humanos, por considerar que o planejamento das ações tem relação intrínseca com essas duas categorias.

Com relação à organização do processo de trabalho, as respostas do questionário nos apontam como estão organizadas as ações de vigilâncias sanitárias na região. A atividade de inspeção é a mais presente e usualmente desencadeada por denúncias (demandas da comunidade, promotoria pública, entre outras), além da readequação das ações planejadas por meio de monitoramento e avaliação. A priorização do grau de risco apareceu de forma significativa nas respostas encontradas, mas, não nos indica a utilização da análise de probabilidade para estabelecer medidas que, segundo De Setta e Reis (2009), é a relação existente entre o número de agravos /danos que podem acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência.

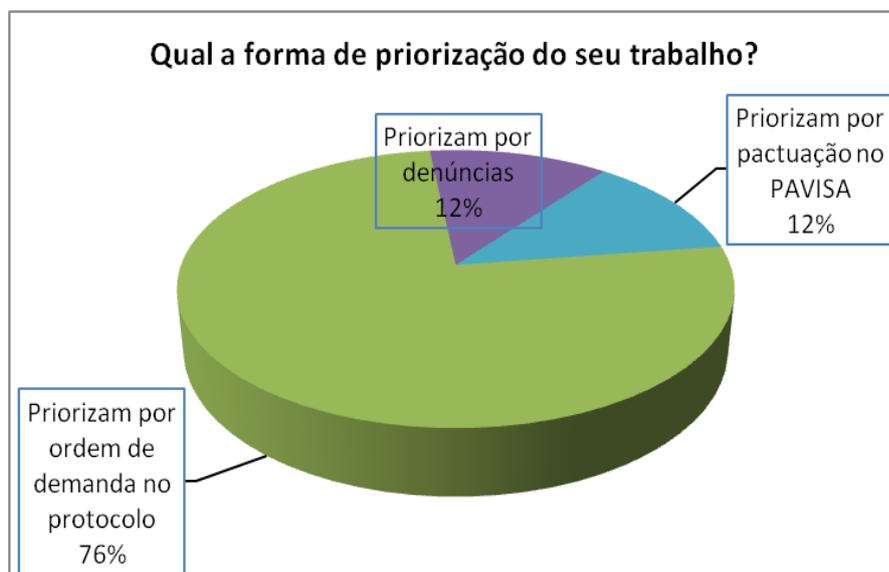
As informações são insuficientes para avaliar se utilizamos os mesmos conceitos e metodologias para classificar os riscos existentes nos territórios, porém, as vigilâncias estão buscando na análise/classificação de risco a sua inserção e contribuição para a saúde coletiva. Podemos extrair que as pactuações do PAVISA entre Estado e Municípios estabelecem as diretrizes quanto aos riscos sanitários a serem investigados nos diferentes setores sob a responsabilidade da VISA, no entanto, não promovem processos de análises anteriores com os municípios para eleger/priorizar os riscos sanitários a serem enfrentados. Este processo com característica descendente desestimula os municípios a entender e identificar os riscos sanitários do seu território e este fator pode contribuir para que os Planos de Saúde Municipais apenas incorporem artificialmente o PAVISA em sua agenda. Para De Setta e Reis (2009), quando se fala dos meios de trabalho, as vigilâncias e a VISA se utilizam de vários métodos para identificar seu objeto e realizar as suas ações e, sempre que necessário, lançam mão não apenas de saberes e tecnologias pertencentes ao seu campo de atuação, mas também, de outros saberes e tecnologias como a comunicação e planejamento.

Apresentamos a seguir os dados obtidos dos questionamentos avaliados:

Figura 01: Representa a utilização de algum método na organização do trabalho nas Visas Municipais da Região Metropolitana de São Paulo. Monitoramento Visa-M, 2011.



Figura 02: Representa qual a forma de priorização na organização do trabalho nas Visas Municipais da Região Metropolitana de São Paulo. Monitoramento Visa-M, 2011

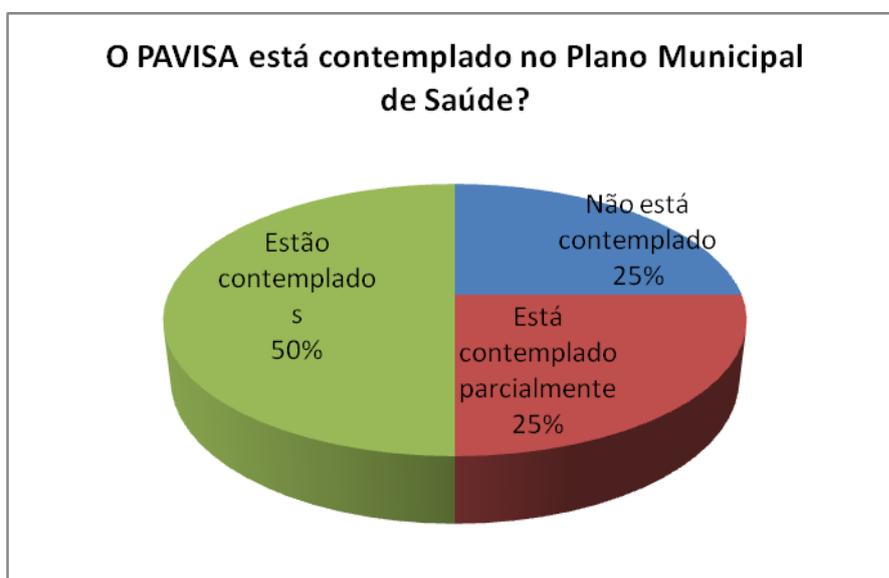


Em seguida abordamos a inserção do PAVISA no Plano Municipal de Saúde – PMS. Quanto a este questionamento concluímos que as prioridades sanitárias e epidemiológicas relacionadas nos Planos Municipais de Saúde dentro da Região Metropolitana de São Paulo não são de conhecimento dos técnicos da área. Este panorama indica a fragilidade na

execução das ações e o quanto está presente no imaginário dos técnicos a parcialidade da importância do Plano de Ação da Vigilância Sanitária na gestão municipal.

Segundo Piovesan et al (2008), esta situação se apresenta porque as Vigilâncias Sanitárias Municipais não conhecem as prioridades de seus territórios, o que colabora com a distância entre os riscos sanitários evidenciados e as metas pactuadas. Neste contexto, o prejuízo para a saúde coletiva e individual é evidente porque os fatores de risco são ignorados; desta forma há reflexo negativo na efetividade dos serviços de atenção à saúde.

Figura 03: Representa a inserção do PAVISA nos Planos Municipais de Saúde – PMS da Região Metropolitana de São Paulo. Monitoramento Visa-M, 2011



Na continuidade da pesquisa questionou-se sobre a participação dos técnicos na elaboração do PAVISA, bem como o conhecimento deste por aqueles que não participaram.

Estas perguntas estão interligadas e avaliam o grau de participação dos trabalhadores/técnicos no processo de planejamento das ações de VISA, conforme pode ser verificado nas figuras 04 e 05.

Figura 04: Representa a participação dos técnicos na elaboração do PAVISA da Região Metropolitana de São Paulo. Monitoramento Visa-M, 2011

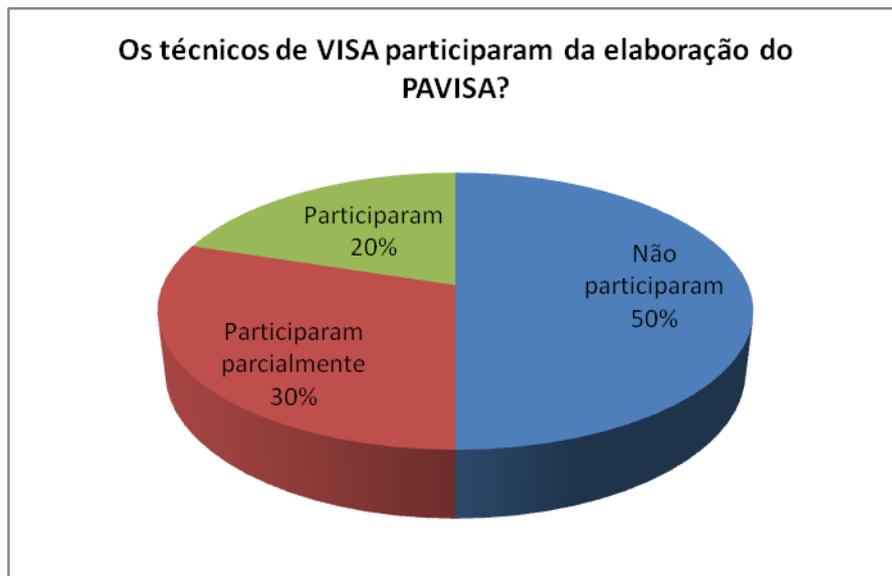


Figura 05: Representa os técnicos que não participaram do PAVISA e conheciam o seu conteúdo na Região Metropolitana de São Paulo. Monitoramento Visa-M, 2011



Este cenário é preocupante e indica que temos que rever a nossa forma de construir a participação dos trabalhadores nas definições de propostas e ações com bases locais. Destacamos ainda a necessidade de rever os modelos de gestão conforme relatado por Gelbcke, et al (2006 p. 04 apud MERHY, 1997 p. 93).

estamos vivendo uma situação histórico-social, que tem definido para as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através dos modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transformam quase em uma

'organização inteligente', que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade.

Na vigilância sanitária também é frágil a participação dos técnicos e da sociedade e esse tema quase não faz parte das pautas de discussão nos conselhos de saúde nas diferentes esferas (LUCCHESI, 2001). Precisam ser fortalecidas as iniciativas de alguns conselheiros no sentido de promover a discussão sobre outras questões, além da assistência à saúde.

Na tentativa de entender o distanciamento do profissional da Saúde na elaboração dos seus planos buscamos o modelo de gestão proposto pela Política Nacional de Humanização – PNH (2004), que indica a construção coletiva do trabalho centrado em equipe e em espaços coletivos que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações. Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal prefixada desses três pontos, mas acredita que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos.

Figura 06: Quadro de Profissionais da VISA. Monitoramento Visa-M, 2011

PROFISSIONAIS	MUNICÍPIOS SEDES DOS GRUPOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA				MUNICÍPIOS ENTRE 100 E 200 MIL HABITANTES			
	A	B	C	D	E	F	G	H
Agente de Saúde - Autoridade Sanitária/Fiscal Sanitário/ Agente Sanitário	01	03	12	07	07	09	02	03
Arquiteto	01							01
Auxiliar Administrativo	02							
Biologista				01				
Biomédico	02							
Cirurgião Dentista		01		02				
Coordenador/Diretor/Gerente/Encarregado								
Educador	01							
Enfermeiro/Enfermeiro do Trabalho	02		01	04			01	
Engenheiro/Engenheiro do Trabalho	01		03					
Farmacêutico	01	01	01				01	01
Médico	02	01	01					
Médico Veterinário		01	05				02	02
Nutricionista	01		02	01				01
Técnico de Enfermagem							01	
Técnico de Laboratório			04					
Técnico em VISA					10			
Visitador Sanitário								02
Total dos Profissionais	14	08	29	20	18	09	08	11

As escolhas dos municípios na composição das equipes de VISA não indicam quais os critérios adotados para definir o perfil de profissional, tipo de formação necessária, quantitativo de pessoal. O fato é preocupante porque recursos humanos são considerados ponto crítico das organizações prestadoras de serviço (DE SETTA e LIMA, 2006). No caso da Visa, a complexidade de suas ações e a variedade de seus objetos requerem profissionais com variadas formações e qualificação para atuações da VISA. Suas ações são as mais antigas no campo da Saúde pública, porém, os estudos e investimentos na área de Visa são, ainda, muito escassos (COSTA, 2004). A estas considerações somam-se as análises de que o intenso desenvolvimento tecnológico nos últimos anos aumentou o risco sanitário, devido à globalização dos mercados e o conseqüente aumento na circulação de mercadorias e pessoas. A VISA diante deste momento se apresenta com necessidade de melhor organização política para atender de forma mais ágil os mercados em expansão, e ao mesmo tempo garantir a proteção da população. (LUCHESE, 2006; COSTA, 2001; ROZENFELD, 2000 apud DE SETTA e REIS, 2009.) Observamos que há necessidade de estabelecer critérios mais apropriados ao desenvolvimento dos recursos humanos, tão

necessários às ações de proteção da saúde da população. Em nossa região a definição de RH tem sido uma escolha solitária e aleatória do município que frente a municipalização com o advento do PDVISA (2007) e PAVISA (2008 – 2011) assumiu toda a responsabilidade da pactuação das ações de VISA, com repasses financeiros tímidos dos entes federal e estadual tanto para custeios como de investimentos em RH.

Este estudo indicou que em nossa região temos que exercitar o que o PNH propõe: a Gestão Compartilhada para que todos atores sociais possam participar efetivamente das definições das ações e metas com vistas ao gerenciamento dos riscos sanitários, com propostas que vão além das ações limitadas apenas no chamado “Poder de Polícia” e normativas, mas no fortalecimento das ações prioritariamente educativas. Destaca-se também a organização do processo de trabalho como elemento fundamental para a definição de RH e constituição da política de Gestão de Pessoas para atender as especificidades do fazer técnico e operacional do trabalhador da VISA, e por fim ter como meta o PlanejaSUS que preconiza o Planejamento Ascendente fortalecendo os municípios e a região para elaborar seus planos com base territorial.

Objetivos Geral e Específicos

Objetivo Geral

Instituir o Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta no planejamento e avaliação das ações de vigilância sanitária, devidamente inserido no Plano Municipal de Saúde, considerando as necessidades técnicas-operacionais e financeiras da VISA, para promover a integralidade das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde da população.

Objetivos Específicos

- Propiciar a articulação dos processos de trabalho das vigilâncias à partir da VISA;
- Participar da construção das RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde;
- Integrar as informações para o reconhecimento e enfrentamento do risco no território;
- Identificar indicadores adequados às ações de VISA;
- Reorganizar o processo de trabalho para valorização das ações de orientação, educação e comunicação.

Metodologia

Para o desenvolvimento deste projeto, tomamos como referência o planejamento Estratégico Situacional (PES): método de planejamento que leva em conta a complexidade

da realidade social, com suas variações e situações imprevisíveis, idealizado pelo economista chileno Carlos Matus.

O PES segundo Matus (1996) é um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflito.

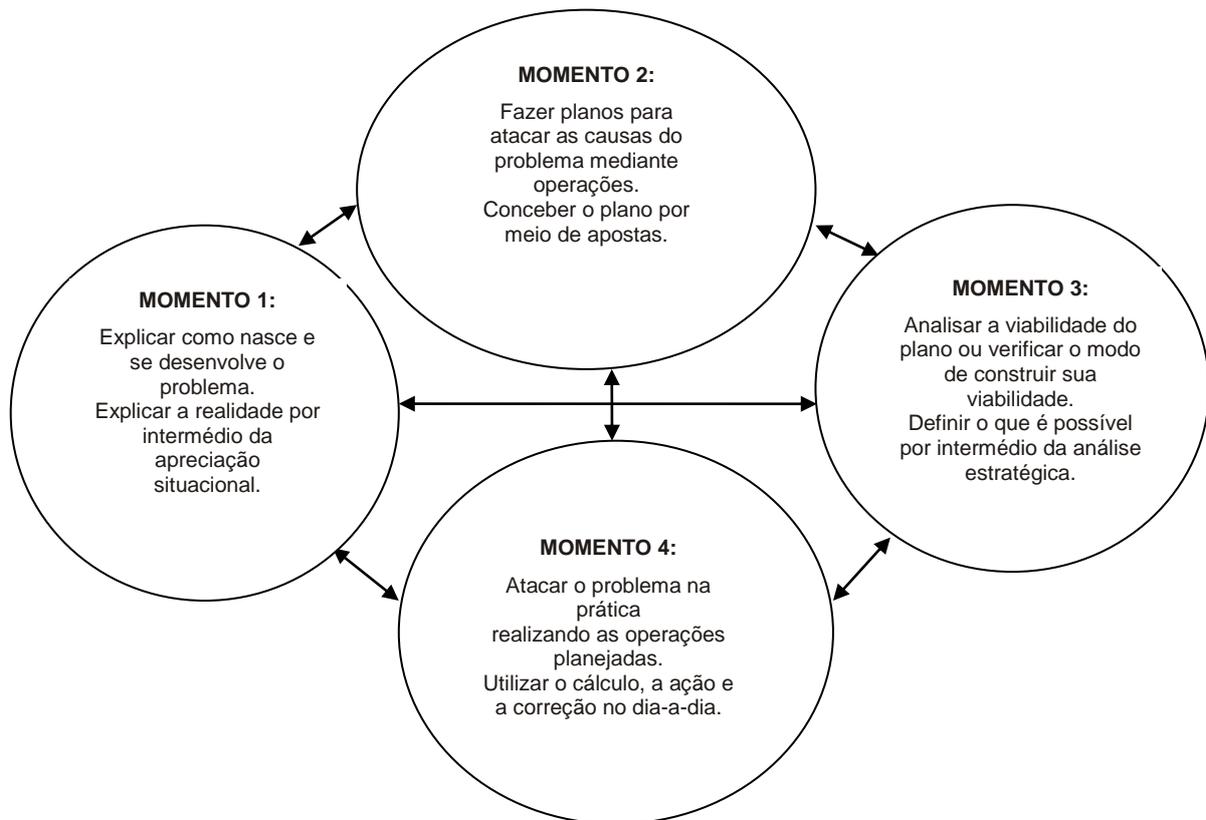
Ao analisarmos os objetos de intervenção da VISA, é fundamental a recuperação da abordagem proposta por Matus (1993) no PES, como uma oportunidade de aprofundamento da discussão da importância e do significado do planejamento para a administração pública, bem como o envolvimento, a mobilização, a articulação e o comprometimento dos agentes internos e externos à administração em relação ao plano.

Institucionalizar o planejamento situacional implica enfrentar o desafio de constituir sujeitos competentes tecnicamente comprometidos politicamente e sensibilizados, reforçando a necessidade do diálogo entre gestores e pesquisadores da área de políticas sociais e de saúde em particular, bem como a necessidade de investir em processos de capacitação e educação permanente (Teixeira, 2004).

Segundo Artmann (2000, p. 08 apud Matus, 1993, 1994) na proposta metodológica do PES de Matus são previstos quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. “Cada um com suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais”.

Os momentos são uma instância repetitiva, ou cíclica. Por isso todos os momentos estão sempre presentes na situação. Os distintos problemas do plano podem estar em distintos momentos e cada problema avança, em seu tratamento pelo plano, passando de um momento a outro, mas não deixando de estar em todos os momentos. Assim, os momentos são recorrentes para cada problema no processo de mudança situacional. (MATUS, 1993, p.300 apud CAMPOS, 2005, P. 05).

Figura 07: Os quatro momentos do PES. Fonte: Rieg e Filho (2002)



Seguindo a proposta metodológica do PES de Matus, iniciamos o processo de identificação do problema, ou seja, da situação de desconforto sobre a qual o grupo pretende desenvolver uma proposta de ação. Identificados os problemas, passamos para a seleção dos mesmos utilizando como ferramenta a Matriz decisória para seleção de problemas 1, na qual cada membro do grupo pode avaliar e atribuir para cada problema identificado o valor e o interesse em solucioná-los. Aos problemas de maior valor e interesse, foram atribuídos novamente por cada membro do grupo pontuação, sendo o problema com a maior pontuação, definido como o de maior prioridade. Após aplicação da matriz o problema escolhido pelo grupo se expressou em :a ausência de um planejamento da vigilância sanitária, pautado em uma análise situacional com ênfase na gestão do risco sanitário, devidamente inserido no plano de saúde, prejudica a viabilidade política, técnico operacional e financeiro da sua aplicação, segundo os princípios do SUS.

Selecionado o problema passamos para a sua descrição através de indicadores ou descritores que definam com clareza e de forma precisa os fatos que demonstram a existência do problema, para que os mesmos sejam suficientes e expressem o problema sem confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e consequências e identificação

dos atores sociais, atribuindo o valor e o interesse de cada ator frente ao problema a ser enfrentado (ARTMAN, 2000; REIG e FILHO, 2002).

A partir da descrição dos problemas passamos a trabalhar na determinação das suas possíveis causas e consequência, com a finalidade de se identificar os “nós críticos”, ou seja, as causas sobre as quais a intervenção produz impacto decisivo sobre os descritores do problema no sentido de modificá-lo positivamente, no momento da possibilidade de intervenção; e quando é politicamente oportuno atuar sobre a causa identificando os atores sociais, sem nos esquecermos da Governabilidade e da Viabilidade. Para esta atividade utilizamos a “Árvore de Problemas”.

ÁRVORE DE PROBLEMAS

CONSEQUÊNCIAS	DESCRITORES	CAUSAS	NÓS CRÍTICOS	ATORES
Escolhas de ações que não respondem a efetiva vigilância de riscos em um território	Informações centralizadas e não utilizadas de forma articulada/integrada para a priorização do risco na elaboração do PMS.	Fragmentação dos processos de trabalho das Vigilâncias e do Sistema de saúde como um todo	NC 01- Fragmentação dos processos de trabalho das Vigilâncias e do Sistema de saúde como um todo	Secretário de Saúde
Uso inadequado do recurso financeiro				Gestor das áreas técnicas da Vigilância
Baixa resolutividade				Gestor da Vigilância em Saúde
Falta de integralidade nas ações				Trabalhadores das Vigilâncias
Falta de foco nos processos de trabalho				Gestor da rede de saúde
Desperdícios de recursos \$, RH, tempo e insumos				Conselho de Saúde
A fragilidade e fragmentação do serviço		Concentração de poder de quem analisa a informação	NC 02- Concentração de poder de quem analisa a informação	Gestores de Vigilância
Desconhecimento do risco sanitário				Gestor da área de planejamento
Ações desarticuladas e ineficazes para promoção, proteção e prevenção do risco à saúde				
Dificuldade de intervenção num problema específico				Assistência

CONSEQUÊNCIAS	DESCRITORES	CAUSAS	NÓS CRÍTICOS	ATORES
Não retrata a complexidade das ações em VISA, a partir dos det. Sociais	Os indicadores de controle de risco no PAVISA estão baseados prioritariamente em inspeções.	Formato de pactuação (PAVISA) da prática sanitária	NC 03- Há dificuldade de mensurar os indicadores referente as outras ações de VISA	Gestores de Vigilâncias
Não retratam a realidade local para a pactuação do PAVISA		A organização do processo de trabalho da VISA		Trabalhadores
Resultados duvidosos com relação ao efetivo controle do risco		Há dificuldade de mensurar os indicadores referente as outras ações de VISA		Conselhos de Saúde
Desarticulação da VISA com as demais Vigilâncias e rede de saúde para enfrentamento dos riscos sanitários		A intervenção dos riscos sanitários visa a regulação dos produtos	NC 04- A organização do processo de trabalho da VISA baseada prioritariamente em inspeções	Gestores de Vigilâncias
A acomodação das equipes de VISA para realização de outras ações de VISA		Instrumentos legais reforçam a prática de inspeções		Instituições de ensino (universidades)
Dificuldade de pactuar ações de orientação		A valorização do poder de polícia reforça a prática de inspeção		

Dos quatro nós críticos identificados pelo grupo, o NC 02 foi considerado como fora da nossa governabilidade, porém, destacamos a importância de uma análise conjunta sobre a necessidade de verificar a concentração de poder de quem analisa a informação leva a fragilidade, ao desconhecimento, e a desarticulação das ações das vigilâncias.

Identificados os nós críticos sob a nossa governabilidade: NC 01; NC 03 e NC 04 passamos para a elaboração do plano de ação, no qual para cada nó crítico, foram desenvolvidas uma ou mais operações ou seja, propostas de intervenção que aplicadas serão capazes de mudar a realidade, de se alcançar a situação-objetivo. As operações por

sua vez foram subdivididas em uma ou mais atividades. (ARTMANN, 2000; REIG E FILHO, 2002 e CAMPOS, 2005).

Ainda segundo os mesmos autores para cada uma das operações e atividades devem ser definidos os indicadores de resultados e de execução, os responsáveis pela ação e o prazo para execução, sem nos esquecermos da análise de viabilidade do plano. Para a elaboração do Plano de Ação, utilizamos a Matriz – Desenho das Operações.

Proposta de Intervenção

Na definição e elaboração do Projeto Aplicativo, o grupo de especializandos do curso de Gestão da VISA buscou elementos para subsidiar e proporcionar a reflexão sobre os processos de planejamento no Plano Municipal de Saúde, buscando atingir uma maior visibilidade da VISA perante o planejamento, elevando-a a um papel de efetiva colaboradora de todo o processo, segundo os princípios do SUS. Nas ações em relação aos riscos, agravos e danos à saúde os fatores determinantes são diversos e precisamos interagir com as diferentes áreas da Vigilância em Saúde.

Ao exercitar a elaboração do plano de ação, verificamos que a vantagem da aplicação do PES é a possibilidade de identificar a complexidade dos problemas e das variáveis que os determinam, e assim podemos elegê-los como prioridades a serem enfrentadas, pois a partir da identificação e reconhecimento dos mesmos, temos como revertê-los e agir de forma resolutiva.

MATRIZ DO PLANO DE AÇÃO

Municípios da Região Metropolitana de São Paulo / SP

Programação: 2012 - 2013

Desenho das Operações: Nós Críticos sob a governabilidade do ator

Nó Crítico 01: Fragmentação dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária							
Operações e atividades	Meta	Monitoramento	Responsável	Apoio	Prazo		Recursos
					Data Inicial	Data Final	
<p>OP01: Realizar PES da Vigilância Sanitária nos Municípios da Região Metropolitana de São Paulo - SP.</p> <p>AT01: apresentar o PES e sua aplicabilidade aos técnicos de VISA.</p> <p>AT02: apresentar o PES e sua aplicabilidade aos diferentes atores envolvidos.</p>	<p>Em 08 (oito) Municípios da Região metropolitana de São Paulo.</p> <p>PES apresentado.</p> <p>PES apresentado.</p>	<p>Através dos relatórios das oficinas do PES</p>	<p>Coordenador da VISA</p>	<p>Equipe VISA Representantes da Vigilância em Saúde; Representantes da Secretaria de Planejamento, Obras, Meio Ambiente, Desenvolvimento Econômico, Departamento de Água e Esgoto, Diretor do Fundo Municipal de Saúde, Conselho de Saúde, CONSEA – Conselho de Segurança Alimentar, Secretaria de Educação e Comunicação.</p>	<p>Janeiro</p>	<p>Maio</p>	<p>Político, organizacional, financeiro e técnico</p>

Nó Crítico 01: Fragmentação dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária							
Operações e atividades	Meta	Monitoramento	Responsável	Apoio	Prazo		Recursos
					Data Inicial	Data Final	
<p>OP02: Integrar os processos de trabalho das áreas de VISA.</p> <p>AT01: Estabelecer reuniões técnicas para aproximação dos processos de trabalho entre as áreas da VISA.</p> <p>AÇÃO: Elaborar procedimentos operacionais para padronizar os processos de trabalho.</p>	Reuniões Técnicas estabelecidas.	Listagem de presença das reuniões agendadas para os procedimentos operacionais padronizados	Coordenador VISA	Equipe Técnica	Fevereiro	Março	Político, técnico e organizacional

Nó Crítico 01: Fragmentação dos processos de trabalho da Vigilância Sanitária							
Operações e atividades	Meta	Monitoramento	Responsável	Apoio	Prazo		Recursos
					Data Inicial	Data Final	
<p>OP03: Integrar os processos de trabalho das vigilâncias.</p> <p>AT01: Organizar grupos de trabalho priorizando o risco sanitário para a troca de conhecimentos entre as vigilâncias e estabelecer ações conjuntas.</p>	08 (Municípios) Grupos de trabalho organizados.	Protocolos das ações conjuntas entre as vigilâncias.	Coordenador da VISA	Coordenadores e equipe técnica das vigilâncias	Abril	Maio	Político, técnico e organizacional
<p>OP04: Considerar a RRAS como oportunidade de integração do Sistema de Saúde no território Municipal.</p> <p>AT01: Participar da construção do Mapa da Saúde em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>AÇÃO: Realizar oficinas de identificação de riscos sanitários nos territórios.</p> <p>AT02: Disponibilizar as informações da VISA para o Mapa dos riscos à Saúde para a utilização no planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Construção coletiva do Mapa.</p> <p>Informações do Mapa de risco utilizadas no planejamento.</p>	<p>Indicadores da VISA incluídos no Mapa.</p> <p>A ser definido pela Secretaria de Saúde.</p>	<p>Coordenador de VISA e o Coordenador das Unidades de Saúde.</p> <p>Secretário de Saúde.</p>	<p>Secretário de Saúde; Coordenador da Vigilância em Saúde; Coordenadores das Vigilâncias e das Áreas Assistenciais; Conselho Gestor e conselho Municipal; equipes Técnicas;</p>	Junho	<p>Outubro</p> <p>A ser definido pela Secretaria de Saúde.</p>	Político, técnico e organizacional

Nó Crítico 03: Há dificuldade de mensurar os indicadores da VISA referentes às ações de orientação, educação e comunicação.

Operações e atividades	Meta	Monitoramento	Responsável	Apoio	Prazo		Recursos
					Data Inicial	Data Final	
<p>OP01: Utilizar os sistemas de informações como base para construção de indicadores.</p> <p>AT01: – Realizar análise dos bancos de dados.</p> <p>OP02: Estruturar métodos de análise das atividades de inspeção, orientação, educação e comunicação para verificar o impacto destas no setor regulado e na comunidade.</p> <p>AT01: Reunir equipe técnica para definir os critérios de avaliação da efetividade das ações educativas com base na classificação de risco nos diferentes setores.</p>	<p>Três análises de todos os bancos de dados realizadas no ano</p> <p>Reuniões com equipe técnica realizadas, com definição dos critérios de avaliação.</p>	<p>Monitorar as informações dos indicadores apresentados em reuniões do grupo de gestores Regionais e Municipais.</p> <p>Atas das reuniões realizadas.</p>	<p>Coordenador da Visa</p>	<p>Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e da Saúde do Trabalhador; Coordenadora da Vig. em Saúde e Equipe técnica.</p> <p>Equipe Técnica da VISA</p>	<p>Abril</p> <p>1º Semestre</p>	<p>Agosto do ano de referência</p> <p>2º Semestre</p>	<p>Político, técnico e organizacional</p>

Nó Crítico 03: Há dificuldade de mensurar os indicadores da VISA referentes às ações de orientação, educação e comunicação.							
Operações e atividades	Meta	Monitoramento	Responsável	Apoio	Prazo		Recursos
					Data Inicial	Data Final	
<p>OP03: Identificar indicadores que mensurem as ações de inspeção, orientação, educação e comunicação.</p> <p>AT01: Buscar parceria com Universidades para suprir as necessidades apresentadas pela equipe, para identificar indicadores quantitativos e qualitativos para o controle do risco sanitário.</p>	<p>Indicadores quantitativos e qualitativos definidos pela equipe/universidades</p>	<p>Mensurar e analisar os indicadores identificados.</p>	<p>Coordenador da VISA</p>	<p>Equipe Técnica; Instituições Acadêmicas</p>	<p>Janeiro</p>	<p>Dezembro</p>	<p>Político, técnico e organizacional</p>

Nó Crítico 04: Organização do processo de trabalho da VISA baseada prioritariamente em inspeções.							
Operações e atividades	Meta	Monitoramento	Responsável	Apoio	Prazo		Recursos
					Data Inicial	Data Final	
<p>OP1: Fortalecer as modalidades de orientação, educação e comunicação para prevenir, minimizar o risco sanitário.</p> <p>AT1: Criar espaço de divulgação e troca de experiências referentes às ações de orientação, educação e comunicação.</p> <p>AT2: Realizar duas capacitações utilizando metodologia de aprendizagem significativa² para fomentar a mudança do processo de trabalho com foco nas práticas de orientação, educação e comunicação.</p>	<p>Um encontro anual estabelecido.</p> <p>80% da Equipe Técnica atualizada e preparada para operação destas práticas.</p>	<p>Material de Comunicação e divulgação disponível.</p> <p>Por meio de listagem de presença das capacitações.</p>	Coordenador da VISA	Coordenador da Vigilância em Saúde, e Equipe Técnica das Vigilâncias.	2012	2012	Político, técnico , organizacional, financeiro

² Metodologia de aprendizagem significativa : Utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho. Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Política Nacional de Educação Permanente.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1. Acesso em: 15.jul. 2012.

Análise de viabilidade

Durante a construção da matriz do plano de ação identificamos ser possível a realização das operações e atividades, a partir das realidades locais, dos recursos disponíveis e do conhecimento técnico-científico existente para:

- integrar os processos de trabalho da VISA e das vigilâncias;
- identificar os recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis;
- conhecer os riscos sanitários;
- agregar diferentes atores;
- capacitação dos profissionais nos ambientes de trabalho; e
- aprimorar os processos de trabalho baseados na análise da situação de saúde no território.

A viabilidade da efetivação destas operações e atividades no plano de ação possibilita identificar que os recursos existentes (político, técnico e organizacional) podem ser redirecionados, reavaliados para redimensionar o papel das vigilâncias na composição a rede de atenção saúde.

O potencial deste plano de ação em ser exequível proporciona ao gestor municipal utilizar o planejamento estratégico situacional como instrumento que incorpora os interesses das diferentes áreas da saúde (vigilâncias e rede de atenção à saúde) na perspectiva de produzir um plano que reflita a realidade local, a inserção compartilhada dos diferentes atores e a consistência de sua aplicabilidade.

Monitoramento do plano de ação

As operações, atividades e ações do plano de ação serão monitoradas e avaliadas por meio dos relatórios mensais, consolidados quadrimestralmente acompanhando os relatórios da prestação de contas das secretarias de saúde municipais e dos relatórios anuais de gestão.

O monitoramento da implantação do PES contido no plano de ação será realizado através da avaliação da lista de presença dos atores envolvidos e dos relatórios das ações e metas definidas em cronograma.

Resultados Esperados

Esperamos que os municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo adotem este plano de ação baseado no PES, como ferramenta que auxilie na elaboração do planejamento da secretaria de saúde, reconhecendo o seu potencial para efetivamente

integrar a VISA nas diretrizes das políticas públicas de saúde do município e da região. Que possa contribuir na mudança da percepção e gerenciamento do risco nos territórios.

Considerações Finais

O processo de construção do projeto aplicativo foi um aprendizado que nos levou a reconhecer a importância do PES, por termos vivenciado as dificuldades e os sabores na construção deste plano de ação. Representamos os diferentes atores por termos vivência diferentes nas vigilâncias, mas foi possível reconhecer o que é comum a todas as VISAs da região metropolitana e produzir um plano de ação que refletisse esta realidade.

Acreditamos que planejar é um ato concreto de proteger as gerações futuras, o planejamento é dinâmico, é o momento especial para corrigir rumos e nos lançar para novos vãos.

Referências Bibliográficas

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. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 94-125, Ago./Nov. 2009.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. Rio de Janeiro: Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. (Série Desenvolvimento Local; Cadernos da Oficina Social, 3).

BATTESINI, M. Método Multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal. 2008, 210 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.052, de 08 de maio de 2007 Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília, mai. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. In: (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

BRASIL. Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 15 julho 2012

CAMPOS, C. M. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e da Pedagogia Libertadora na elaboração do Plano Municipal de Educação do município de Pacoti – Ceará. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., Recife, 2005. Anais... [S.l. : s.n.], [2005?].

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em 17 agosto 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília. Relatório Final I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2001.

COSTA, E. A. Políticas de Vigilância Sanitária: Balanço e Perspectivas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., Brasília, 2001. Texto elaborado como subsídio aos debates. Brasília: ANVISA, 2001.

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

DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. Organização e Gestão: O que compreender para o trabalho da Vigilância Sanitária. In: DE SETA, M. H.; LIMA, S. M. L. Gestão e Vigilância Sanitária: Modos atuais de pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DE SETA, M. H.; REIS, L. G. C. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho. In: DE OLIVEIRA, R. G. (Org). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

DIÁRIO OFICIAL Poder Executivo Estado de São Paulo, Deliberação CIB – 36, de 21-9-2011.

GELBCKE, F. et al. Planejamento estratégico participativo: Um espaço para a conquista da cidadania profissional. Texto & Contexto – enferm., Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 07, 2006.

LEAL, C. O. B. S. Análise situacional da vigilância sanitária em Salvador. 2007. 133f.. Dissertação de Mestrado - UFBA, ISC, Salvador; 2007.

LUCCHESI, G. Globalização e Regulação Sanitária: Os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 326f., Tese de Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA, 1993.

MOTTIN, L. M. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Desafio para o Município - Um estudo no Rio Grande do Sul. 1999. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde características e tendências. In: Saúde no Brasil contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, L. F. L. Financiamento e gasto em vigilância sanitária. IPEA, Brasília, p. 184–209, 2005.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: CEPS/ISC/UFBA, 2002.

PIOVESAN, M. F. et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais: Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 8 (1), 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf>. Acesso em 18 agosto 2012.

RIEG, D. L.; FILHO, T. A. O uso da metodologia “Planejamento Estratégico Situacional” e “Mapeamento Cognitivo” em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Engenharia de Produção, Gestão & Produção, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 163-179, ago. 2002.

ROSA, M. F. E. Direito administrativo. 4. ed. São Paulo: Saraiva. 2003.

ROSENFELD, Suely (organizadora), Fundamentos da Vigilância Sanitária, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Elaboração do Plano Estadual de Saúde, ano 2010 – 2015. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/plano-estadual-de-saude-versao-preliminar/plano_drs_21_10_11.xlsx. Acesso em abril de 2012.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades. In: Saúde e Sociedade, São Paulo: USP, v.13, n. 1, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Concepções, Estratégias e Práticas. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 20., Brasília, 2003. Texto preliminar elaborado para debate. Brasília: ANVISA, 2003 (Cooperação Técnica ISC/ANVISA).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida: Revista de Administração Pública 6/2000 RAP, Rio de Janeiro: 34(6): p. 63-80, nov. /dez. 2000.

ADRIANA AQUINO BARBOSA
ANA CAROLINA LINS DO RÊGO BARROS
BRUNO LEONARDO LEMOS DOS SANTOS
DANIELE FEITOSA ARAGÃO
GUTEMBERG FELIX FERREIRA
LARA CRISTIANINE TENÓRIO
MAISA BELFORT TEIXEIRA
MARIA DE FÁTIMA SANTOS DE ARAÚJO
MARIA EUGÊNIA VIEIRA DE FARIAS GAMA
MARIA GORETTI DE MEDEIROS MARTINS BARBOSA
ZULEIDE DO CARMO PAES

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UMA PROPOSTA
METODOLÓGICA PARA OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Recife
2012

ADRIANA AQUINO BARBOSA
ANA CAROLINA LINS DO RÊGO BARROS
BRUNO LEONARDO LEMOS DOS SANTOS
DANIELE FEITOSA ARAGÃO
GUTEMBERG FELIX FERREIRA
LARA CRISTIANINE TENÓRIO
MAISA BELFORT TEIXEIRA
MARIA DE FÁTIMA SANTOS DE ARAÚJO
MARIA EUGÊNIA VIEIRA DE FARIAS GAMA
MARIA GORETTI DE MEDEIROS MARTINS BARBOSA
ZULEIDE DO CARMO PAES

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UMA PROPOSTA
METODOLÓGICA PARA OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

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

Orientadoras:

Neuza Buarque de Macêdo
Facilitadora de Processos Educacionais

Renata S. Locatelli da Rosa
Facilitadora de Educação Permanente

Alice Pequeno
Gestora de Aprendizagem

Recife

2012

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

Aragão, Daniele Feitosa; Araújo, Maria de Fatima Santos de; Barbosa, Adriana Aquino; Barbosa, Maria Goretti de Medeiros Martins; Barros, Ana Carolina Lins do Rêgo Ferreira, Gutemberg Félix; Gama, Maria Eugênia Vieira de Farias; Teixeira, Maisa Belfort; Tenório, Lara Cristianine; Paes, Zuleide do Carmo; Santos, Bruno Leonardo Lemos dos.

Planejamento Estratégico em Vigilância Sanitária: Uma Proposta Metodológica para os Municípios da 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. – São Paulo, 2012.

49p

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 PROPÓSITO	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 Discutindo o planejamento estratégico	10
3.1.1 Planejamento estratégico situacional (PES)	12
3.1.2 Pensamento estratégico de Mário Testa	16
3.1.3 Planejamento estratégico por Philip Kotler	20
3.1.4 Contribuições do Decreto nº 7.508/2011 para o planejamento em saúde	22
4. PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1 Monitoramento e avaliação do projeto	32
4.2 Análise de viabilidade	33
4.2.1 Viabilidade técnica	34
4.2.1 Viabilidade estratégica	34
4.2.3 Viabilidade econômico-financeira	34
4.3 Cálculo de viabilidade do projeto	35
5 PROPOSTA METODOLÓGICO PARA PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS VIGILÂNCIAS SANITÁRIAS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE	37
5.1 Declaração da missão e visão da vigilância sanitária municipal	38
5.2 Diagnóstico situacional da VISA	39
5.3 Elaboração do plano de ação	41
5.4 Estratégias de viabilidade	42
5.5. Execução, monitoramento e avaliação	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE - Cronogramas para sistema de vigilância/monitoramento	

1 INTRODUÇÃO

A inserção da saúde como um direito constitucional representa uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira nos últimos trinta anos. Além de ter previsto que a saúde é um direito de todos os cidadãos, a Constituição Federal de 1988 estabelece que a promoção da saúde da população se constitui um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988).

Este direito, de responsabilidade solidária das três esferas de governo, deve ser alcançado por meio de um novo mecanismo político denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde que deve ser vista como um direito inalienável e fundamental do ser humano (BRASIL, 1990).

A vigilância sanitária (VISA) é um dos componentes deste sistema. Conforme definição da lei orgânica do SUS, lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ela deve ser entendida 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 à saúde”* (BRASIL, 1990).

Pela definição resta clara a complexidade da missão da vigilância sanitária. Como garantir a segurança sanitária da população em um cenário de constante inovação tecnológica, incremento da necessidade de saúde da população e de crescimento econômico vertiginoso? Segundo Lucchese (2001), a vigilância sanitária é a área da saúde pública que trata das ameaças à saúde decorrentes do modo de vida contemporâneo. Hoje a população está cada dia mais exposta a produtos, serviços, materiais e tecnologias, muitas vezes pouco conhecidos, que podem expor sua saúde a riscos pouco dimensionados. É papel da vigilância, portanto, atuar, se não na eliminação, ao menos na minimização deste risco.

Com o incremento no escopo de atuação da vigilância sanitária, percebe-se que o planejamento é um instrumento essencial para que as vigilâncias possam promover a organização dos seus cada vez mais limitados recursos na execução de ações de controle sanitário que sejam eficazes e eficientes. É uma forma de reduzir a distância entre as crescentes necessidades de saúde da população e a escassez dos

recursos. Percebe-se que planejar contribui para que os gestores públicos identifiquem os problemas de saúde de uma população, as oportunidades e melhores estratégias de atuação com o propósito de superar os obstáculos encontrados no cumprimento de sua missão institucional.

Assim sendo, fica evidente que o planejamento é uma excelente ferramenta para subsidiar os gestores no direcionamento das ações e alcance dos objetivos institucionais. No entanto, não se percebe na vigilância sanitária (e por que não dizer na saúde) a incorporação desta ferramenta como instrumento de gestão. A gestão da vigilância ainda ocorre na base do improvisado e no combate aos “incêndios” que vão surgindo no exercício das atividades cotidianas.

O planejamento em vigilância sanitária ainda é incipiente, visto de forma limitada, mais se assemelhando a uma programação de atividades, pois não se pensa em um planejamento estratégico de longo prazo que estabeleça em que horizonte o setor se vê nos próximos anos. Sua construção, quando realizada, muitas vezes tem como finalidade primordial o cumprimento de requisitos e/ou exigências legais, ou seja, é um planejamento normativo.

Neste modelo normativo, o planejamento é realizado em etapas separadas, de modo burocrático, raramente é executado e nunca avaliado. O esforço de captação de recursos nem sempre está voltado para atender as reais necessidades de saúde da população, a participação dos profissionais de saúde ainda é incipiente, e a participação da população ainda se restringe, quando muito, à representação de entidades civis nos Conselhos de Saúde. Fica claro, portanto, uma grande distância entre o processo formal de planejamento e o efetivo processo de tomada de decisão e de execução das ações de saúde (SÁ; PEPE, 2004).

Enfim, na prática, o que se observa é que a construção do planejamento municipal é realizado tendo por foco a necessidade de garantir o cumprimento formal dos pactos governamentais acordados no âmbito do SUS, tais como o Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde, como exemplo destacamos a Programação das ações de vigilância em saúde (PAVS), que incorpora as ações das vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária, os planos de ação em VISA (operacionalização do PDVISA nas vigilâncias municipais) e relatório de gestão, instrumento de monitoramento.

Contudo, mesmo quando há real interesse dos gestores, sua construção muitas vezes ocorre de forma verticalizada, sem envolvimento dos trabalhadores, o que acaba por inviabilizar e/ou comprometer sua implementação. O processo de planejamento na esfera municipal deve ser sempre participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território.

Adicionalmente, no processo de planejamento da vigilância sanitária, muitas vezes não se observa a necessidade de articulação com diversos setores e instâncias governamentais, bem como a necessidade de garantir a participação da comunidade nas decisões que as afetem (Piovesan et al, 2005). Até mesmo dados epidemiológicos acerca da situação de saúde do território não são considerados em seu processo de construção.

O SUS é um sistema marcado pela descentralização e deve reconhecer a autonomia entre os entes federados, contudo, a garantia da autonomia política, administrativa e financeira que viabilize a implementação de políticas de saúde em seus respectivos níveis, não deve significar isolamento da esfera municipal. Pela conformação do sistema de saúde no país, e mais especificamente pela conformação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), há uma real necessidade de que a gestão local e o planejamento da saúde sejam pensados conjuntamente com outros municípios, estado e governo federal já que os problemas de saúde não estão delimitados a um território e nem podem ser resolvidos por um gestor municipal isoladamente (BARBOSA, 2009).

Este instrumento de gestão não pode ser visto com um fim em si mesmo. Ele precisa ser assimilado e incorporado na prática dos gestores, precisa ser reavaliado e readequado de tempos em tempos de forma a atender eventuais mudanças de cenários. É importante que fique claro que, apesar das dificuldades existentes no processo de planejamento no setor da saúde, ele constitui uma importante ferramenta para que os gestores possam transformar a realidade social em que estão inseridos uma vez que possibilita o uso racional de recursos limitados em um cenário de necessidades de saúde cada vez maiores. A relevância do planejamento em saúde vem sendo a cada dia ratificado pelo Ministério da Saúde, ele recebeu papel de destaque no decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a lei orgânica do SUS (BRASIL, 2011).

Face estas dificuldades, muitas vezes creditada ao desconhecimento do gestor acerca do que é planejar e sua importância aliada à ausência de uma metodologia de planejamento direcionada para a realidade da vigilância sanitária municipal, propomos o desenvolvimento de um projeto aplicativo voltado para a construção de um roteiro metodológico de planejamento estratégico para as vigilâncias sanitárias municipais.

A escolha da esfera municipal como território deste projeto, deve-se ao fato do curso de especialização em Gestão de Vigilância Sanitária ser focado na realidade dos municípios. Adicionalmente, os membros do grupo afinidade, em sua maioria, são técnicos e/ou gestores da vigilância sanitária de municípios da região metropolitana do Recife diariamente sentem o desconforto de não contarem com o planejamento como ferramenta de gestão.

Em virtude do Brasil ser um país de dimensões continentais e marcado por grandes diferenças e peculiaridades regionais e locais, neste primeiro momento, optou-se por delimitar o escopo deste projeto aplicativo à realidade da Região Metropolitana do Recife (RMR).

A RMR foi instituída pela Lei Complementar Federal número 14, de 8 de junho de 1973, e compreende 17 municípios, sendo eles: Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Igarassu, Goiana, Escada, Sirinhaém, Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Araçoiaba, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Moreno, Itapissuma e Recife. Os municípios de Goiana, Sirinhaém e Escada foram incluídos no ano de 2012.

Segundo o IBGE (2010), a RMR representada na Figura 1, possui uma população estimada de 3.898.470 habitantes. Sua extensão territorial é de 2.768.454 Km², com uma densidade populacional de 1.408,18 hab./Km². Os maiores municípios são: Recife (1.536.934 habitantes), Jaboatão dos Guararapes (644.699), Olinda (375.559) e Paulista (300.611). A metrópole apresenta-se como a mais populosa e densamente povoada do Nordeste, a quinta do Brasil e umas das 120 maiores do mundo.

A RMR concentra 65% do PIB estadual e 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.

Apesar de ser caracterizada como uma única região, na RMR não existe homogeneidade na estrutura organizacional das Secretarias Municipais de Saúde e conseqüentemente nos serviços de vigilância Sanitária. É importante destacar a ausência de um modelo de regionalização para as ações de Vigilância Sanitária de maneira que as principais exigências sanitárias e documentais sejam uniformizadas.

Figura 1: Mapa da Região Metropolitana do Recife (RMR)



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife.

2 PROPÓSITO

Sistematizar uma proposta metodológica intersetorial de planejamento estratégico para as vigilâncias sanitárias da região metropolitana do Recife que possibilite a transformação do contexto sanitário local e considere o planejamento como uma importante ferramenta de gestão estratégica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Discutindo o planejamento estratégico

De acordo com Paim e Teixeira (2006), planejamento pode ser definido como os estudos sobre o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo. Para Paim (2006), planejar é “*pensar antecipadamente uma ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independente de sua vontade*”.

Para Matus (1987), planejamento é considerado um *cálculo que precede e preside a ação*. Entenda-se que em sua visão o planejamento é *um cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação*. Para ele, a simples reflexão de um gestor que é imediatista, tecnocrata e parcial não é planejamento. De forma semelhante não é planejar a reflexão que se distânciada da ação e torna-se uma mera investigação sobre o futuro. Em seu livro *Política, planificación e gobierno* (1987), Matus explica que:

“planificación no es otra cosa que intentar someter a nuestro voluntad el curso encadenado de los acontecimientos cotidianos que, al final, fijan una dirección y una velocidad al cambio que inevitablemente experimenta un país a cause de nuestras acciones. Pero no sólo de nuestras acciones. Los otros también intentan conducir, y a veces con más éxito que nosotros.”

Perceba-se que para Matus, planejar está associado à intervenção e à mudança de uma realidade de forma a se obter resultados desejados, contemplando ainda que esta tentativa de condução da realidade é desenvolvida concomitantemente por vários atores sociais.

Bateman (1998) entende que o “*planejamento consiste em um processo consciente e sistemático de tomada de decisão sobre objetivos e atividades que uma pessoa, grupo, unidade de trabalho ou organização buscarão no futuro*”. Não se trata de algo informal ou casual, trata-se de um esforço que tem propósito e é liderado e controlado por gestores, evidentemente, sem deixar de contemplar o conhecimento e a experiência dos empregados e funcionários de uma organização. Quando se fala em planejamento estratégico, este processo passa a assumir um caráter de longo prazo e

tem uma orientação externa forte. Sua construção deve necessariamente contemplar o estabelecimento de missão e visão institucional, ou seja, a sua razão de ser, análise dos ambientes internos e externos da organização, bem como a formulação, implementação e controle das estratégias definidas.

Apesar de seu enfoque no setor privado, Philip Kotler (2000), traz pontos bastante interessantes a respeito do planejamento estratégico que podem ser perfeitamente replicados no setor público. Para este autor, a grande vantagem deste planejamento é a possibilidade dos gestores manterem um ajuste viável entre objetivos, habilidades e recursos de uma organização e as oportunidades de uma sociedade em constante mudança. Ele auxilia os gestores a manter o rumo de uma organização mesmo em uma situação adversa ou inesperada, isto por que em seu processo de construção foram avaliadas as ameaças externas e os pontos fracos da instituição, permitindo os gestores se anteciparem aos problemas que possam surgir no decorrer de sua implementação.

Muitas são as dificuldades vivenciadas pela vigilância sanitária no cumprimento de sua missão legal face à alta complexidade de seu objeto de intervenção e a baixa capacidade de regulação e controle do poder público sobre este objeto. Assim, como pode a vigilância sanitária garantir o cumprimento do estabelecido na lei orgânica do SUS e, de fato, eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde da população?

Uma importante discussão sobre esta temática é levantada por Sá e Pepe (2004), que defendem como saída para esta problemática a seguinte estratégia:

“aumentar a governabilidade do Estado sobre as múltiplas e complexas variáveis intervenientes e nas relações presentes nos processos de produção, circulação e consumo de bens e prestação de serviços que interferem nas condições de saúde das populações e meio ambiente”.

Reforçam ainda que é preciso que se tenha poder e legitimidade para que as leis e códigos sanitários vigentes no território se cumpram, para que conhecimentos e tecnologias sejam aplicados e para que recursos materiais estejam disponíveis e sejam adequadamente utilizados (SÁ; PEPE, 2004).

O que se pode depreender da discussão das autoras é que, em um cenário complexo como o da saúde no Brasil e, mais especificamente da vigilância sanitária, é importante que os gestores públicos possuam uma boa capacidade de governo para

viabilizar a implantação do projeto da vigilância sanitária que está intimamente associada ao aumento da governabilidade do poder público sobre os processos sociais, políticos e econômicos que compõem o objeto de trabalho da vigilância sanitária.

Perceba-se que os aspectos levantados por Sá e Pepe (2004) como de suma importância para o sucesso da vigilância sanitária no cumprimento de sua missão institucional, tais como capacidade de governo, governabilidade, poder e viabilidade são alguns dos conceitos centrais do planejamento estratégico-situacional, desenvolvido por Carlos Matus, método a ser detalhado a seguir.

Tendo em vista que o propósito deste projeto aplicativo é sistematizar uma proposta metodológica intersetorial para planejamento estratégico das vigilâncias sanitárias da região metropolitana do Recife, vamos neste capítulo relatar brevemente alguns dos principais métodos e/ou ferramentas de planejamento estratégico utilizadas tanto no setor público como no setor privado. A perspectiva é que de que possamos agregar uma base teórica para sistematização da proposta, sem a obrigação de nos atermos especificamente a uma única metodologia, o primordial aqui é pensar numa metodologia prática e de fácil entendimento para que gestores e trabalhadores das vigilâncias sanitárias municipais possam construir seus planejamentos estratégicos.

Inicialmente vamos nos ater a três modelos: o planejamento estratégico situacional formulado por Carlos Matus, o pensamento estratégico de Mário Testa e o planejamento estratégico concebido por Philip Kotler.

3.1.1 Planejamento estratégico-situacional (PES)

Este enfoque de planejamento, concebido por Carlos Matus (1987), refere-se à arte de governar em situações de poder compartilhado, considerando que existem vários atores em um jogo que ora pode ser de conflito ora é de cooperação. É importante frisar que este é um método e uma teoria de planejamento estratégico voltado para o setor público e que enfatiza as relações de poder estabelecidas em uma sociedade.

Como já citado anteriormente, planejar aqui pode ser entendido como a arte de governar, como o processo de conduzir conscientemente os acontecimentos no rumo desejado e de transformar variáveis passíveis de controle. Conforme afirma Sá e Pepe (2004), a realidade social é complexa, resiste a ser conduzida, a ser governada e não

depende apenas de nossa ação. Há as ações dos outros atores, as surpresas, as manifestações da natureza, uma série de circunstâncias, previsíveis, sobre as quais não temos controle e outras que sequer somos capazes de imaginar. Para Matus a escassez de recursos não se restringe aos recursos econômicos, mas também ao poder, pois se trata de componente indispensável para a transformação da realidade social. Ele ainda ressalta que muitas das falhas nos processos de planejamento e na gestão do setor saúde decorrem da não contemplação da variável poder.

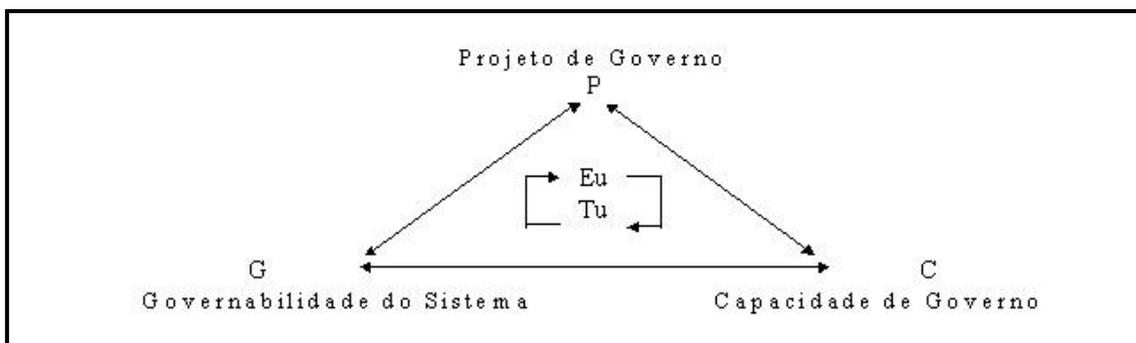
Ainda segundo Sá e Pepe (2000), o entendimento desta proposta de Matus é de que o planejamento pode contribuir para ampliar a capacidade de governo e aumentar a governabilidade. O enfoque estratégico de planejamento e, mais especificamente, a proposta metodológica do planejamento estratégico-situacional, é uma ferramenta de suma importância para garantir o poder de explicação dos problemas e ajudar a sistematizar o raciocínio estratégico, muitas vezes realizado intuitivamente por quem governa. Como pressupostos e características gerais do planejamento estratégico as autoras citam:

“a) É um enfoque político, o poder é uma categoria de análise central; b) Diferentes atores têm diferentes visões sobre a realidade, diferentes graus de poder e diferentes interesses. Não há um único sujeito do planejamento; c) Não se pode fazer predições sobre a realidade social, pois está é conflitiva e marcada pela complexidade e incerteza; d) Planejar é realizar um cálculo sistemático, interativo (no sentido da relação com outros atores) e probabilístico. É um processo complexo e exige a articulação constante entre presente e futuro; e) Os recursos econômicos não são os únicos recursos escassos. É necessário garantir “recursos de poder” para implementar as mudanças desejadas; f) O poder é uma capacidade, ou acumulação, capacidade de produção de fatos, capacidade de ação. Manifesta-se de várias formas – como um poder técnico, um poder político ou um poder administrativo. (Testa, 1995); g) Planejar é um processo contínuo, sem separação rígida entre etapas, que se interpenetram. Este processo deve ser avaliado constantemente, em função do alcance da proposta de mudança. Planejamento e ação/execução são indissociáveis (planejar é governar).”

De modo geral, o planejamento estratégico situacional é baseado no que Matus denomina de triângulo de governo, sendo os vértices deste triângulo compostas por três variáveis que se inter-relacionam. O projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema são vértices deste triângulo e, conforme Mottin (1999) podem ser definidas como:

- Projeto de Governo (P): refere-se ao conteúdo propositivo do projeto de ação, ou plano, que contém as propostas de ação a serem realizadas para o alcance dos objetivos traçados;
- Capacidade de Governo (C): é uma capacidade de condução ou direção (capacidade de fazer). Representa a capacidade do governante de dirigir, administrar e controlar, configurando seu sistema de direção e planejamento. Inclui o acervo de técnicas, métodos, habilidades e experiências que o governante e sua equipe de governo possuem para atingir os objetivos determinados;
- Governabilidade do sistema (G): refere-se à liberdade de ação que o governante possui frente às variáveis que ele detém controle e àquelas que ele não controla. A governabilidade trata, portanto, da possibilidade de ação e de controle dos efeitos destas ações. Quanto mais variáveis decisivas o ator controla, maior é a sua liberdade de ação e maior sua governabilidade sobre o sistema.

Figura 2: Triângulo de Governo de Carlos Matus.



Fonte: (MATUS, 1996).

Perceba-se que a dinâmica do triângulo de governo garante que, qualquer que seja a posição ocupada pelo ator, o conteúdo propositivo de seu plano de governo e a sua qualidade são produtos não apenas da circunstância em que este ator se encontra, dos problemas que enfrenta e de seus interesses, mas também de sua capacidade de governo (capacidade de escolher corretamente os problemas a serem enfrentados, aprofundar a explicação dos mesmos e propor soluções criativas e eficazes, por exemplo). Adicionalmente, a possibilidade de realização de um projeto de governo depende da governabilidade do ator sobre o sistema. De forma semelhante, a governabilidade depende do ator, das exigências do projeto de governo e de sua capacidade de governo. Todas as variáveis deste triângulo estão inter-relacionadas.

É importante salientar que ao contrário dos métodos tradicionais de planejamento, o PES não se apoia em etapas, rigidamente delimitadas e ordenadas no tempo, mas utiliza-se da noção de momento. O planejamento é um processo contínuo, em cadeia, sem começo ou fim definido. E a noção de momento remete à de “instância”, “ocasião”, “circunstancia” ou “conjuntura”, a dominar, transitoriamente, o processo.

Os quatro momentos do processo de planejamento estratégico-situacional são: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Conforme Mottin (1999), estes momentos podem ser explicados da seguinte forma:

- Momento Explicativo: explicação da realidade. Aqui o ator, ou atores, identificam os problemas, selecionam os que deverão enfrentar imediatamente e procuram compreender (explicar) como tais problemas se manifestam, por que existem, como foram gerados; isto é, quais suas causas, e quais suas consequências. As causas de um problema se articulam, se reforçam mutuamente, formando uma rede de causalidade que dará origem a nós críticos;
- Momento normativo: aqui se delineiam as propostas de ações e operações que devem ser realizadas para resolver cada problema identificado na etapa anterior. São definidos os resultados a que se quer chegar, a partir do enfrentamento dos problemas selecionados, o que se deve fazer (operações/ações) para alcançar tais resultados, os resultados (de vários tipos) necessários para a realização das operações, os responsáveis pelas mesmas, entre outros aspectos; esse, portanto, é o momento de desenho do plano de intervenção sobre os problemas;
- Momento estratégico: explicações das dificuldades para a construção da viabilidade do plano e a chave deste momento. Analisa-se a viabilidade política do plano, considerando oponentes e aliados em relação às operações propostas no momento normativo, articulando o “deve ser” com o “pode ser” no propósito de formular estratégias que viabilizem o plano. Complementado esta definição, Sá e Pepe (2004), afirmam que neste momento devem ser examinadas as posições (motivações) dos atores relevantes e sua capacidade (poder) de facilitar, ou dificultar/impedir, a realização das operações. O mais importante é que este momento não se limita à análise de viabilidade, mas inclui a busca de estratégias – como a negociação cooperativa, a persuasão, o uso de autoridade e até mesmo, em alguns casos, o confronto – visando à

construção de viabilidade para as operações consideradas inviáveis na análise inicial;

- Momento tático-operacional: explica como se dá a execução de nossas decisões uma vez que se trata do momento de execução do plano. Nesta etapa deve ser realizado um recálculo do plano perpassando os três momentos anteriores e a ação praticada, a ideia é reavaliar o proposto em cada um destes momentos e identificar as necessidades de readaptação à realidade. Conforme ressalta Sá e Pepe (2004), o grande desafio neste momento é garantir a coerência entre as decisões do dia-a-dia e os objetivos de médio/longo prazo do plano. A execução do plano e a conjuntura são monitoradas através de um sistema de indicadores e sinais de atenção e alarme, que permitam ao gestor corrigir possíveis erros de condução, e/ou antecipar os problemas não previstos.

3.1.2 Pensamento Estratégico de Mário Testa

A proposta de planejamento da saúde de Testa é de integrar o cálculo tradicional do planejamento relativo ao diagnóstico e a proposta administrativa com a análise estratégica da estrutura de poder setorial e a análise das repercussões das ações propostas sobre esta estrutura (SANTOS, 2007).

A estratégia, para Testa (1995), não é uma maneira de alcançar a meta, mas de se colocar em situação de aproximação para alcançá-la, ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao próprio desempenho. O fundamento dessa proposição para o planejamento em saúde *é de mudança social e essepensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade, intervir na construção da história* (GIOVANELLA, 1990).

Segundo Mario Testa - um dos mais importantes planejadores argentinos - as primeiras tentativas de utilizar o planejamento estratégico na administração pública, na América Latina, nas décadas de 70 e 80. Testa acompanhou a evolução do planejamento de saúde desde o CENDES. Responsável, junto com Matus, da crítica ao planejamento normativo, dedicou-se a formular uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de natureza estratégica, que integra um diagnóstico administrativo, um diagnóstico estratégico e um diagnóstico ideológico.

Testa evolui, na crítica a Matus, para a defesa de um enfoque de planejamento que não represente um excesso de formalização política. Esse enfoque teria um componente fortemente comunicacional, trazendo à tona a teoria do agir comunicativo habermasiano (1987). Testa postula a priorização de um tipo de atuação capaz de acentuar os traços democráticos da instituição, constituindo-se em um crítico contundente de formas autoritárias. O planejamento adota dentro dessa moldura o significado de práticas dialógicas a serviço do estabelecimento de consensos e de acordos sobre compromissos, perdendo a imagem de uma metodologia muito estruturada. Falar em planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.

Segundo este mesmo autor, não se deve tentar perceber a sociedade como uma empresa ou um organismo vivo, pecado conceitual que vem da teoria dos sistemas aplicada à Administração Pública. Para que um planejamento dê certo é preciso que se deixe de lado as normas já consagradas. É necessário criar um amplo processo de discussão e análise dos problemas sociais, entender e incorporar os conflitos, as forças sociais.

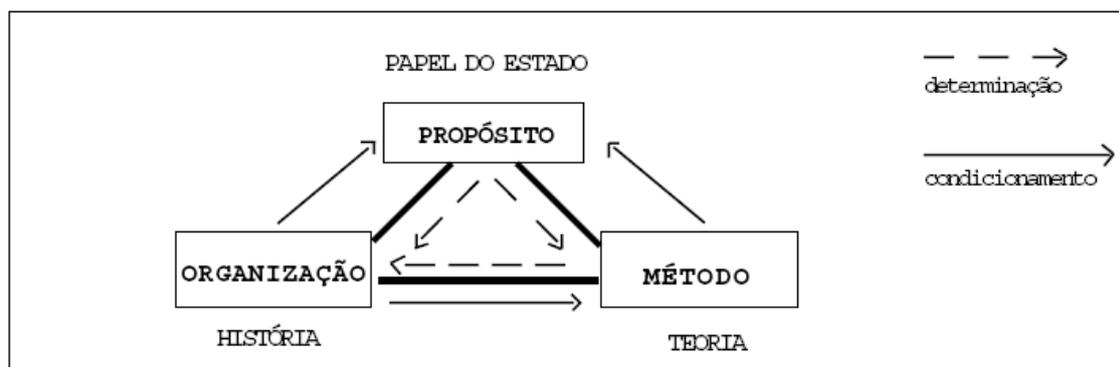
Mario Testa, em sua reflexão e autocrítica, por sua participação na política, pensa o problema do Poder como problema central do planejamento de saúde. Sua reflexão é como participante de um movimento social desde fora do governo. Seu ator privilegiado é, então, a classe/grupo/força social/movimento, e não, como em Matus, o governo. Refere toda a sua proposta à luta pelo poder: como conduzir deslocamentos de poder em favor das classes/grupos subordinados/dominados.

Baseado na síntese diagnóstica, onde foi identificada a estrutura de poder setorial, formula propostas programático-estratégicas que consideram a análise das repercussões das ações propostas sobre essa estrutura de poder. Na seqüência de programas sugerida, Testa considera a criação e a manutenção da viabilidade política que garantam a realização e consolidação das mudanças propostas. Programas cujo conteúdo estratégico são suas formas organizativas democráticas e participativas, pois, segundo Testa, estas estabelecem diferentes formas de relações de poder, dando direcionalidade às suas proposições (TESTA, 1987).

O propósito de mudança determina um diferente método, pois considera o método necessariamente relacionado aos propósitos perseguidos. Método e propósitos, por sua vez, relacionam-se com a organização das instituições encarregadas de executar as ações pertinentes ao alcance dos propósitos. Postula, então, a existência de relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização. Relações essas que devem ser analisadas nas condições particulares de cada formação econômico-social, quando se discute um método de planejamento. Testa propõe um modo geral de análise dessas relações para sociedades capitalistas e dependentes, diferenciando-as dos países capitalistas desenvolvidos. São estas necessárias relações entre propósitos, método e organização que Testa apresenta em seu "Postulado de Coerência" (TESTA, 1987).

O *Postulado da Coerência* situa os problemas de saúde enquanto problemas sociais e a compreensão e análise do Poder na sociedade e no próprio setor da saúde. Em seu livro *Pensar em Saúde*, Testa (1992, p 112), refletindo sobre seu Postulado, discute os seus três pontos focais: *o propósito, o método e a organização*.

Figura 3: Postulado da Coerência de Mário Testa



Fonte: (SANTOS, 1997)

1. Os *propósitos*: os propósitos de um governo podem ser definidos como de legitimação, de crescimento e de transformação. O propósito permanente corresponderia à *legitimação da situação atual*, isto é, *sua própria legitimação como governo*, confirmador de suas *características dominantes da formação econômico-social*, para a sua manutenção. O *propósito principal* corresponderia ao *crescimento*, à faculdade de produzir. O *propósito possível* corresponderia ao acesso às condições que conduzem a uma *transformação*, ou seja, a uma nova forma de estrutura social – o propósito de mudança social.

2. O *método*, por sua vez, é a teoria de como se pretende solucionar o problema. Assim, pressupõe a existência de uma questão específica. Se os enfoques são conflitivos, geram métodos diferentes ou contraditórios, devendo, portanto, ser testados teoricamente, até gerar um resultado com respaldo científico.

3. *Aorganização*: é o terceiro componente do Postulado, formatado a partir de determinações sociais, culturais, políticas e econômicas, ou seja, da história, fator que determina as formas de organizações de uma sociedade. Funciona como aspecto institucional ou com a consolidação burocrática de uma organização, o grupamento de pessoas com interesses comuns: os atores sociais. Portanto, a análise de organizações em um momento histórico, remete a determinações advindas do passado e do momento atual. A determinação da história atual e a do passado explicam a existência de uma estrutura organizacional, sua adequação às necessidades do momento, sua funcionalidade, sua condição para legitimação, ou seja, a *sua variabilidade*.

Na saúde, tem-se, como principais tipos de poder, o técnico, o administrativo e o político, cada qual resultante da capacidade individual e/ou da capacidade de um grupo social (Testa, 1989, p. 118). O poder técnico decorre da capacidade de gerar e trabalhar com informações de características diferentes. O poder administrativo decorre da capacidade de se apropriar e atribuir recursos, enquanto que o poder político decorre da capacidade de mobilizar grupos sociais. Tal capacidade resulta, como propõe Testa (*ibidem*), em uma prática, cuja principal característica é impactar de uma maneira definida, aos atores sociais que tomam parte nessa prática como mobilizadores ou mobilizados.

Essa prática vai depender da visão da realidade, entendido por Testa como o saber gerado pela experiência ou pelo sentimento desencadeado por essa experiência, como conhecimento científico. As diversas formas de saber podem ser agrupadas em conhecimento empírico e conhecimento científico. As diferentes formas de combinação de poder vão apontar para o caminho a ser percorrido. Entretanto, a proposta de planejamento de Testa integra o cálculo tradicional (o diagnóstico e a proposta administrativa) com a análise estratégica da estrutura de poder de cada setor, e as conseqüências das ações propostas.

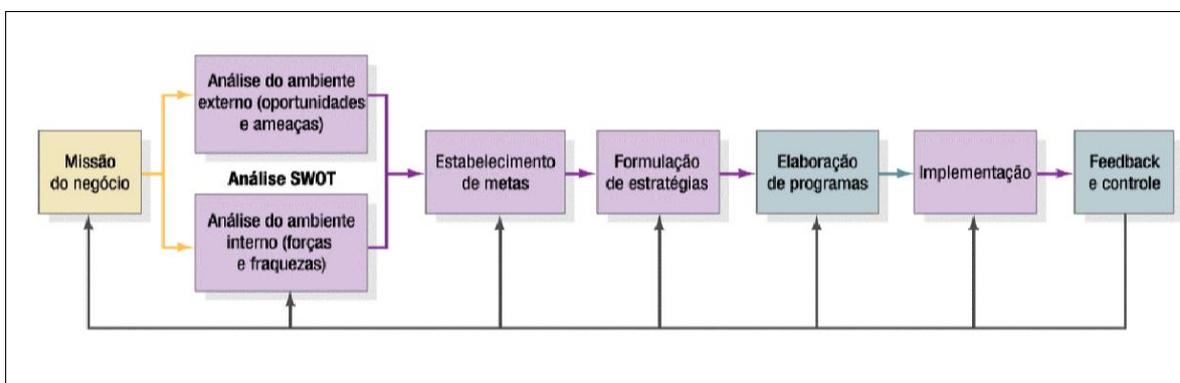
Além do Poder, Testa (1989, p.105) ressalta a *Programação*, que é vista por ele dentro de uma lógica para a prestação de serviços à população. Esse autor afirma que a

lógica da programação é *um conjunto de relações para estabelecer laços mais ou menos permanentes entre os diversos componentes – processos e objetos materiais que fazem parte da análise e formulação programática.* (Ibidem). Tal lógica depende dos objetos materiais, mas também dos processos aos quais são submetidos. O objeto da programação deve ser visto também pela função que cumpre e a forma de sua administração.

3.1.3 Planejamento estratégico por Philip Kotler

Para Kotler (2000), o planejamento estratégico envolve o estabelecimento de missão, políticas, estratégias e metas, a estrutura dentro da qual as diretorias, gerências, divisões, unidades, coordenações preparam seus planos. Para o autor, o planejamento estratégico envolve oito etapas essenciais, são elas: definição da missão institucional, análise dos ambientes externos e internos, formulação de metas, formulação de estratégias, formulação de programas, implementação e feedback e controle, conforme diagrama abaixo:

Figura 4: Etapas do planejamento estratégico por Philip Kotler.



Fonte: (KOTLER, 2000)

A primeira etapa, de definição da missão, envolve estabelecer claramente a razão de ser de uma instituição. Trata-se de assunto a ser compartilhado não apenas pelo alto escalão de uma organização, mas também por todos os seus funcionários e, por que não dizer, clientes e usuários. Uma declaração de missão bem formulada dá a todos os funcionários um senso compartilhado de propósito, direção e oportunidade, orienta funcionários geograficamente dispersos a trabalhar de maneira independente, embora coletivamente, para realizar as metas de uma organização. Idealmente, a missão deve estar alinhada a uma visão, uma espécie de “sonho possível”, que fornece à empresa direcionamento para um horizonte de tempo de dez a vinte anos, por exemplo.

Evidentemente que, no setor público, esta missão e visão normalmente já estão previstas nas leis de criação dos órgãos e instituições. A vigilância sanitária, por exemplo, teve sua competência estabelecida na lei nº 8.080/90, contudo, o fato do setor ter sua razão de existir prevista em lei não desobriga os componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária estaduais e municipais de definirem o cenário de onde desejam se encontrar no longo prazo.

A etapa seguinte, de análise de ambiente, envolve a avaliação global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, denominada análise SWOT (sigla procedente dos termos em inglês *strengths*, *weaknesses*, *opportunities*, *threats*). Esta análise contempla a avaliação dos ambientes externo e interno de uma organização e/ou setor. No primeiro caso, a instituição precisa monitorar e identificar as variáveis externas, aqui incluem-se questões econômicas, demográficas, tecnológicas, políticas, legais e socioculturais, que possam afetar positiva (oportunidade) ou negativamente (ameaça) a capacidade de uma organização de cumprir com sua missão. No segundo caso, o foco é o ambiente interno da instituição, aqui são avaliadas suas forças e fraquezas (KOTLER, 2000)

Após realização da análise de ambiente interno e externo, a organização deve desenvolver metas específicas para o período de planejamento. Esta etapa é denominada por Kotler (2000) como “*formulação de metas*”. Aqui deverão ser descritos os objetivos em termos de magnitude e prazo. O argumento é de que a transformação dos objetivos em metas mensuráveis facilita o planejamento, a implementação e o controle. Tais objetivos devem atender quatro critérios: a) os objetivos devem ser organizados hierarquicamente do mais para o menos importante; b) os objetivos devem ser estabelecidos quantitativamente sempre que possível; c) as metas devem ser realistas; d) os objetivos devem ser consistentes. Se as metas representam aquilo que uma organização deseja alcançar, a estratégia representa a forma ou plano de como se chegar lá. Neste momento, devem ser contempladas quais alianças estratégicas devem ser desenhadas para garantir que os objetivos e metas previamente estabelecidos sejam cumpridos. A ideia é que se possa complementar e/ou alavancar as capacidades e recursos destes parceiros, complementando forças e compensando fraquezas. Perceba-se a importância desta etapa para o processo de planejamento de uma atividade intersetorial como a da vigilância sanitária (KOTLER, 2000).

Desenvolvidas as principais estratégias, é chegado o momento de serem elaborados programas detalhados de apoio. Assim, se no processo de planejamento houver a decisão de se intensificar o controle sanitário de medicamentos, por exemplo, deve se pensar em planejar programas para reforçar seu departamento/gerência de medicamentos, investimento em qualificação técnica da equipe, logística e recursos humanos, por exemplo.

A implementação é uma das etapas essenciais do planejamento uma vez que, planejar não pode ser um fim em si mesmo, de nada adianta se estabelecer estratégias claras e um programa de apoio bem pensado se a implantação não for cuidadosa. Neste momento é essencial que se consiga garantir que os funcionários da organização compartilham do pensamento e das diretrizes traçadas, que se tenha o conhecimento técnico necessário para a atividade e que todos se orientam pelos mesmos valores.

Por fim, é chegado o momento do feedback e controle, última etapa do modelo de planejamento proposto por Philip Kotler. Para ele, à medida que se implementa a estratégia, é necessário que os resultados sejam acompanhados e que os novos acontecimentos nos ambientes interno e externo sejam monitorados já que se houver mudança no ambiente deve ser analisado e revisado a implementação, os programas, as estratégias ou até mesmo os objetivos. A chave para o sucesso institucional é a disposição para examinar o ambiente em constante alteração e para adotar comportamentos e metas novos e adequados. Enfim, o planejamento estratégico não poderá ser engessado, mas flexível, de forma que possa manter-se adequado ao ambiente em evolução (KOTLER, 2000).

3.1.4 Contribuições do Decreto nº 7508/2011 para o planejamento

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da União em, 29 de junho de 2011, tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros elementos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente (BRASIL, 2011).

Dessa forma, visa dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer, as ações e os serviços de

saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde. Dentre esses principais elementos trazidos pelo decreto podemos destacar: a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, o mapa da saúde, o planejamento integrado das ações e serviços de saúde, as regiões de saúde, a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da saúde (BRASIL, 2011).

O decreto regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e, apesar de tardia (ocorreu 22 anos após a publicação da lei orgânica da saúde), surge num momento importante já que os trabalhadores do SUS, aqui se incluindo seus dirigentes, detêm maior compreensão sobre sua organização e o cidadão já se encontra mais esclarecido sobre o seu direito à saúde. A regulamentação ainda contribuirá para subsidiar o Poder Judiciário e o Ministério Público a respeito das responsabilidades (competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011)

Focando na discussão do planejamento, propósito deste projeto aplicativo, o decreto preconiza que o processo de planejamento da saúde deverá ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, com participação dos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Esta compatibilização deverá ser efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde (BRASIL, 2011).

O decreto ainda estabelece que para elaboração dos planos de saúde deverão ser consideradas as características epidemiológicas e a organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. Os serviços e ações prestados deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional, e este, será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde (BRASIL, 2011).

De modo geral, no tocante ao planejamento em vigilância sanitária, o grande avanço trazido pelo decreto é forçar o gestor a pensar o processo de planejamento como uma atividade de gestão que obrigatoriamente deve integrar as três esferas de governo, devendo as estratégias e metas construídas em cada uma delas contribuir para a consolidação do planejamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Neste sentido, o contrato organizativo da ação pública (COAP) constitui um instrumento da gestão compartilhada e tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011).

A ideia é pensar em contemplar na proposta de planejamento a solidariedade entre os entes federativos, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira.

4 PERCURSOS METODOLÓGICO

O percurso metodológico utilizado para a elaboração deste projeto aplicativo foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido por Carlos Matus. Esse método prevê quatro momentos, que não são sequenciais ou estanques e devem ser visualizados como uma espécie de espiral, sem começo nem fim, e sem uma sequência linear estabelecida, conformando-se como uma cadeia contínua. São eles: explicativo, normativo, estratégico e tático operacional (MATUS, 1997).

A definição da temática para este Projeto Aplicativo surgiu a partir da identificação dos desejos e incômodos, ou seja, das lacunas identificadas nos processos de trabalho em Vigilância Sanitária. Esse processo apontou fragilidade no processo de planejamento das ações no setor.

Com o objetivo de caracterizar o planejamento em Visa na RMR foi realizado um levantamento dos principais problemas relativos a essa temática, tendo sido identificados: desconhecimento do planejamento como ferramenta de gestão em Visa; uso insuficiente da ferramenta de planejamento nos serviços de saúde; ausência de monitoramento de avaliação das ações de planejamento de Visa; ausência de Sistema de Informação (SI) em Visa que permita a análise de cenário para a tomada de decisão; e insuficiente participação intra e intersetorial na construção do planejamento em Visa.

Estes problemas foram ordenados e priorizados, utilizando-se da Matriz Decisória que permitiu analisá-los quanto aos seguintes critérios: valor (importância que cada ator dá a solução do problema); interesse (ou importância - como o ator se situa ante a realidade do problema); urgência (refere-se à pontuação atribuída à urgência para a solução do problema); pontuação (utilizada para os problemas que tiveram valor alto e interesse positivo) e capacidade de enfrentamento (ou governabilidade - controle do grupo sobre os recursos necessários para resolver o problema) (MATUS, 1996).

Tais critérios possibilitaram a escolha do problema, considerado de maior relevância, qual seja: o Planejamento em VISA incipiente, que para o qual se justificou a elaboração desse projeto aplicativo objetivando promover mudanças na realidade.

Após a seleção do problema para o qual será desenvolvido um projeto de intervenção, deu-se início ao momento explicativo do PES. Neste são identificados todos os

problemas presentes em uma dada situação da realidade na qual o problema está inserido, selecionando-se os que devem ser enfrentados imediatamente e procurando explicar como foram gerados e quais as suas causas e consequências. As causas dos problemas se articulam e se reforçam mutuamente, formando uma rede de causalidade (SÁ; PEPE, 2004).

Segundo Matus (1997), a realidade é expressa através de uma leitura dos dados e informações retiradas de cada ator social de acordo com a sua visão. Toda declaração é explicada por alguém, e essa pessoa é um ser humano que tem seus valores, suas ideologias e seus interesses. A leitura deste ator social está carregada de subjetividade e está animada por um propósito.

Todo problema social é de natureza situacional, ou seja, depende de quem o considere como sendo um problema. Neste sentido o que é problema para um ator social pode ser uma oportunidade para outro. Portanto, no PES o ator que declara o problema deve ser bem definido (SÁ; PEPE, 2000).

Descrever o problema selecionado, definindo-o de forma mais clara possível para todos os atores envolvidos no processo de planejamento, se constitui o próximo passo dessa construção. Essa descrição, que confere clareza ao problema, foi denominada de Vetores de Descrição do Problema (VDP). O VDP além de permitir uniformizar a descrição e a compreensão do problema, é também de fundamental importância para o monitoramento do mesmo (MATUS, 1996).

Descritores são indicadores qualitativos e quantitativos que caracterizam o problema na situação inicial. Estes necessitam ser validados, considerando-se, para tanto, o critério de suficiência. Essa validação pode ser feita a partir da resposta a seguinte pergunta: “eliminadas as cargas negativas expressas pelos descritores fica eliminado o problema?” Caso a resposta seja negativa, se faz necessário rever os descritores (ARTMANN, 2000).

Para esse projeto foram elaborados dois vetores de descrição do problema, quais sejam: d1 - Processo de planejamento realizado sem participação dos atores envolvidos e d2 - Pouca valorização do planejamento como ferramenta de gestão.

Realizada a descrição do problema, passou-se a explicação do mesmo, considerando desde as causas mais imediatas relacionadas aos descritores, até as causas finais do

problema, consideradas os nós explicativos. O PES propõe, ainda, que o ator que explica o problema, distinga, entre as causas do problema, as que o mesmo controla e as que não controla (SÁ; PEPE, 2004).

Sendo assim, é importante delimitar o espaço do problema, definindo o campo de atuação do ator que explica, descrevendo sua governabilidade, o que pode ser considerado inclusive como um critério ou filtro de seleção. Essanoção de espaço de governabilidade significa que as causas devem ser corretamente colocadas dentro ou fora do espaço de governabilidade do ator, ou seja, aquilo que está sob o seu controle ou não. Esta distinção é importante, pois antecipa, já no momento, explicativo uma análise preliminar da viabilidade de intervenção do problema.

Após a delimitação do espaço do problema foi realizado o mapeamento de outros atores sociais relevantes que tenham relação/interferência no plano. Essa seleção foi realizada através da Matriz de Identificação de atores, proposta por Matus (1996). Nela foram elencados os atores considerados relevantes, como pode ser observado no Quadro 1, e em seguida foi feita uma classificação de acordo com a identificação do valor e interesse dos atores, além da motivação em relação às propostas de mudanças que cada ator atribuiu ao problema que está sendo analisado.

Quadro 1: Matriz de identificação dos atores

Atores	Valor	Interesse	Nota
	Alto, Médio ou Baixo	(+), (-), (0) Neutro	média
Secretário Municipal de Saúde	Médio	0	5,1
Gestores de Vigilância em Saúde	Alto	+	9,0
Trabalhadores da VISA	Média	0	6,3
Conselho Municipal de Saúde	Baixo	0	3,7
Área de planejamento em saúde	Alto	+	9,0

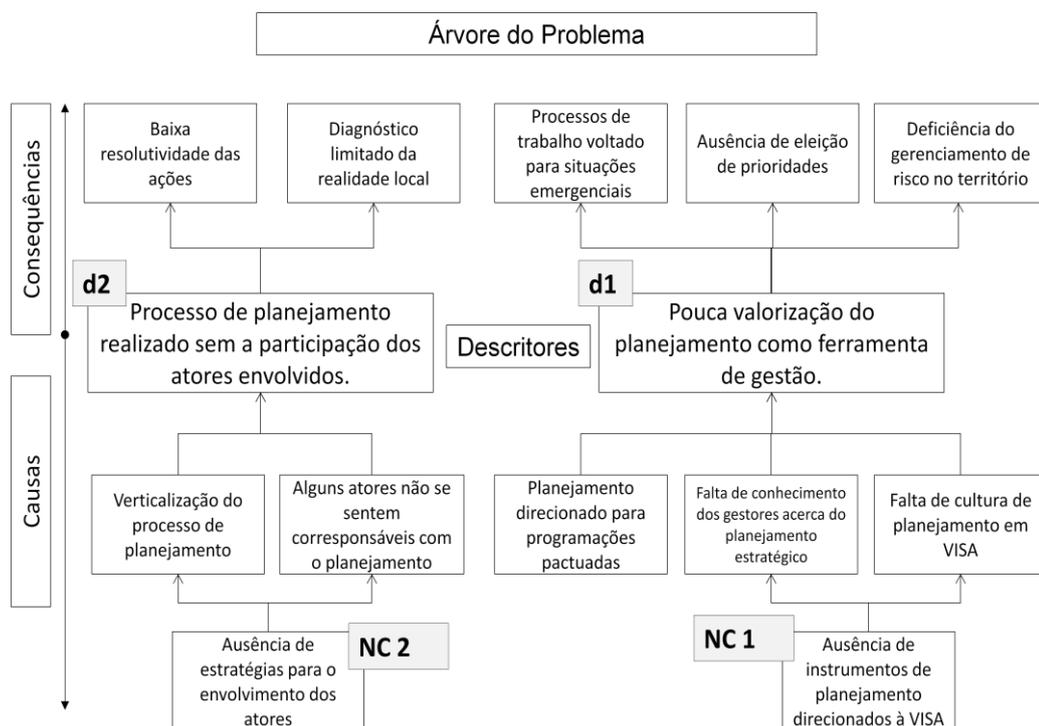
Com o propósito de facilitar a sistematização da explicação situacional, e de possibilitar uma visão, sintética e precisa, do conjunto da rede de causalidade, do problema "Planejamento em VISA incipiente", utilizou-se a árvore de problemas proposta por Matus" (1996).

Na análise do problema por meio da árvore (figura 5) foram definidos: (a) as manifestações que melhor descrevem o problema, expressas em forma de descritores; (b) as causas que determinam o problema; (c) as consequências do problema e (d) a cadeia lógica multicausal entre os descritores, causas e consequências. Essa cadeia

multicausal permitirá que sejam identificados os Nós Críticos (NC), selecionados entre as causas que apresentaram o maior número de relações com outras causas e que sofrendo uma intervenção podem provocar mudanças positivas nas causas com as quais estão relacionadas (Matus, 1996). Segundo Rieg (2002), os nós críticos são aqueles sobre os quais o ator planejador tem condições de atuar com eficácia e que têm influência direta sobre o VDP do problema.

Artmann (2000) destaca a importância de se verificar a adequação dos nós críticos selecionados, através da aplicação de três perguntas a cada causa do problema: 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?

Figura 5 - Árvore de descrição do Problema - Planejamento em VISA incipiente



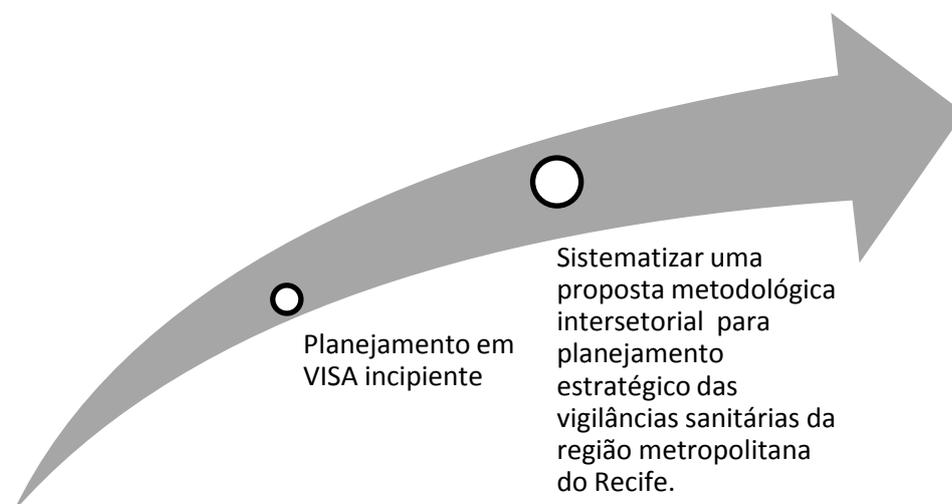
Quando todas as três questões são respondidas afirmativamente, o nó deve ser selecionado como crítico, ou seja, como ponto de enfrentamento. Portanto, seguindo com os critérios acima citados e para efeito de enfrentamento e da construção do plano de ação, foram selecionados os seguintes nós críticos: NC I – ausência de

instrumentos de planejamento direcionados a VISA e NC2 – Ausência de estratégias para o envolvimento dos atores.

O próximo passo consistiu na elaboração do desenho do plano de intervenção, que corresponde ao momento normativo do PES. Neste momento é definida a situação objetivo desejada e as suas operações/ações concretas. A partir dos nós críticos escolhidos no momento anterior, foi feito o desenho prévio das operações capazes de atacá-los e produzir resultados que nos aproximem das metas, o chamado plano direcional.

O plano direcional, representado pela Figura 6, corresponde às proposições do agir, visando à transformação do problema em uma determinada direção. A situação objetivo é, portanto, a nova situação a ser alcançada, com os problemas modificados positivamente (ARTMANN, 2000).

Figura 6 - Direcionalidade do plano de ação deste projeto aplicativo



A situação objetivo foi desenhada transformando-se os descritores do problema em novos indicadores desejados. Esta construção foi feita através da Matriz denominada Vetor de Descrição de Resultados, conforme apresentada a seguir no Quadro 2. Segundo Rozenfeld (2000), o ponto de partida para a elaboração do plano de ação é o desenho preliminar da situação – objetivo e operações, consideradas potentes e necessárias, para alterar os descritores de cada nó-crítico dos problemas selecionados. Para Matus (1996) somente as mudança dos nós críticos pode alterar o VDP dos problemas que escolhemos enfrentar.

Quadro 2: Vetor de Descrição de Resultados

Vetor de descrição do problema (VDP)	Vetor de descrição do resultado(VDR)
D1. Processo de planejamento realizado sem participação dos atores envolvidos	R1. Planejamento estratégico realizado com rerepresentação dos técnicos de VISA, bem como dos órgãos e entidades que fazem interface com a VISA
D2. Pouca valorização do planejamento como ferramenta de gestão	R2. Planejamento monitorado e avaliado periodicamente pelos gestores de VISA

Outro aspecto importante a ser considerado pelos atores que explicam o problema é a necessidade de que os mesmos analisem o impacto de cada um dos nós críticos identificados e explicitem a possibilidade de atuar sobre eles e sobre os demais atores relevantes no problema. Essa identificação se propõe a relacionar as frentes de ação sobre os nós críticos considerando os seguintes aspectos: governabilidade do ator, o impacto e a possibilidade de ação. Desta maneira, foram identificadas as frentes de ação, considerando apenas os nós críticos que estavam dentro da capacidade de ação, como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3: Identificação das frentes de ação relacionadas ao problema

Governabilidade – dentro das capacidades do ator			
Nó crítico	Impacto sobre os descritores (alto, médio, baixo)	Possibilidade de ação (alta, média, baixa; qual ação politicamente oportuna (sim/não))	Seleção (Sim/Não)
NC 1 – ausência de instrumentos de planejamento direcionados a VISA	Alto	Alto/Sim	Sim
NC2 – Ausência de estratégias para o envolvimento dos atores	Alto	Alto/Sim	Sim

As operações constituem meios de intervenção ou conjuntos de ações que podem empregar vários tipos de recursos, que geram produtos e resultados, como os do tipo: organizativos, políticos, econômicos, cognitivos, entre outros. Os produtos podem referir-se a bens e serviços produzidos; a fatos políticos; a conhecimentos gerados ou transferidos; a normas; leis ou regulações criadas; a organizações; sistemas; obras realizadas, etc. Geralmente, em cada operação predomina um tipo de produto (ARTMANN, 2000).

As operações e subações delineadas para o desenho do plano de ação deste projeto aplicativo encontram-se descritas no quadro 4. Para cada operação foram definidos: responsáveis, apoio, prazos, produtos e indicadores de resultados.

Quadro 4. Desenho das operações e atividades segundo o Nó Crítico (NC)

NC 1 - Ausência de instrumentos de planejamento direcionados a Visa			
Operações e Atividades	Responsável	Apoio	Prazo
OP1- Desenvolver um instrumento metodológico de planejamento estratégico direcionado à Vigilância Sanitária			5 meses
A1 – Levantar a literatura pertinente sobre PES	Gerentes das VISA'S	-	30 dias
A2 – Definir a metodologia do planejamento estratégico a ser adotado pela VISA	Gerentes das VISA'S	-	30 dias
A3 – Apresentação do produto final para os gestores e trabalhadores de VISAe demais órgãos que direta ou indiretamente estejam envolvidos com os processos de trabalho da Visa.	Gestores de VISA'S	Todas as demais áreas da SMS	3 meses
NC 2 - Ausência de estratégia para o envolvimento dos atores			
Operações e Atividades	Responsável	Apoio	Prazo
OP2 – Envolver e mobilizar atores relevantes para participar do processo do planejamento estratégico em Vigilância Sanitária.	Gestores das Visas Gestor de Vigilância à Saúde; Secretário de Saúde.		Médio prazo
A1- Realizar oficinas de sensibilização para os técnicos da Vigilância Sanitária sobre a importância do planejamento estratégico como ferramenta para o processo de trabalho.	Gestores das VISA'S	Secretário de Saúde; Gestor de Vig. à Saúde; Representantes dos setores: planejamento e Gestão do trabalho	30 dias
A2 – Realizar oficinas com os técnicos de vigilância sanitária para avaliação da estrutura organizacional e dos seus processos de trabalho, adequando-os ao Planejamento Estratégico	Gestores das VISA'S	Secretário de Saúde; Gestor de Vig. à Saúde; Representantes dos setores: planejamento e Gestão do trabalho	60 dias
A3 - Realizar oficinas de sensibilização para os órgãos e entidades que fazem interface com a VISA sobre a importância do planejamento como ferramenta de gestão a nível local.	Gestores das VISA'S	Secretário de Saúde; Gestor de Vig. à Saúde; Representantes dos setores: planejamento e Gestão do trabalho	30 dias
A4 – Capacitar os trabalhadores e gestores de VISA na metodologia de planejamento proposta	Secretaria ou o Secretário Municipal de Saúde	Área de Planejamento Diretoria e Gerentes das Visas;	30 dias
A5 – Tornar público os resultados obtidos nas oficinas de mobilização dos atores no planejamento em VISA	Assessoria de Comunicação da SMS	Assessoria de Comunicação da SMS e Diretoria de Vigilância à saúde.	Trimestral

No que refere aos recursos organizativos necessários para execução das operações e atividades estes são considerados viáveis, uma vez que, será utilizada toda infraestrutura relativa a espaço e equipamentos áudio visuais existentes nos municípios sem a necessidade de gasto financeiro .

Com relação ao custo financeiro do projeto, será necessário disponibilização de recurso orçamentário apenas para a compra de materiais didáticos, alimentação e *coffeebreak* ofertado aos participantes das oficinas de planejamento, conforme apresentado no quadro abaixo. Para o cálculo do custo das oficinas, utilizamos como referência os custos de realização de eventos estabelecidos no orçamento do Plano de Ação de Vigilância Sanitária do município de Recife, exercício 2012.

Quadro 5: Orçamento das Operações que exigem recursos econômicos.

Operações	Especificação da Despesa			Fonte de Financiamento
	QT	Custo Unitário (R\$)	Custo Total (R\$)	
OP1- Desenvolver um instrumento metodológico de planejamento estratégico direcionado à Vigilância Sanitária	-	-	-	-
OP2 – Envolver e mobilizar atores relevantes para participar do processo do planejamento estratégico em Vigilância Sanitária	05 oficinas	6.000,00 (Alimentação) 2.000,00 (coffee break) 500,00 (Materiais)	42.500,00	Teto financeiro da Vigilância á Saúde (TVS)
Total	-	8.500,00	42.500,00	Teto financeiro da Vigilância á Saúde (TVS)

4.1 Monitoramento e Avaliação do Projeto

A avaliação como componente da gestão em saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005)

Costa e Castanhar (1998) apresentam o seguinte conceito de avaliação:

Trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade e a relevância de seus objetivos.

De acordo com Contandriopoulos (1997), avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Este mesmo autor define o monitoramento como parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e, estão tendo os resultados esperados.

Neste sentido o monitoramento e a avaliação são importantes ferramentas de planejamento, oferecendo ao gestor subsídios para uma visão crítica da realidade e para a tomada de decisão baseada em evidências (Felisberto, 2004). São as ferramentas que ajudarão um projeto a perceber quando seus planos não estão funcionando ou quando as circunstâncias sofreram mudanças

Para efeito deste projeto as atividades de monitoramento serão realizadas a partir da análise das informações produzidas e como o projeto está progredindo. Para tornar o plano um instrumento mais efetivo optou-se pela realização de um acompanhamento mensal dos indicadores para o acompanhamento das metas estabelecidas, conforme demonstrados. Quadros 6,7,8. Este momento permitirá reavaliar se as atividades e ações propostas para serem realizadas estão sendo executadas. As avaliações estarão focadas em dois pontos fundamentais, a causa dos desvios e as soluções dos problemas apontados.

A avaliação será realizada ao longo do projeto, com periodicidade semestral, com o objetivo de avaliar se os benefícios previstos no planejamento estão sendo alcançados, ou seja, qual o real impacto do projeto em relação ao planejamento.

4.2 Análise de viabilidade

O estudo de viabilidade indica as condições para que os objetivos que nos propomos a alcançar dependam mais das nossas próprias ações. Segundo Buarque (1984), este estudo possui dois objetivos básicos: I. Identificar e fortalecer as condições necessárias para o nosso projeto dar certo; e II. Identificar e tentar neutralizar os fatores que podem dificultar as possibilidades de êxito do mesmo.

Para Kraychete, (2010), o estudo deve ser feito antes de se iniciar a atividade. Embora possa parecer uma observação óbvia, convém enfatizá-la, pois, na maior parte das vezes, não é isso o que normalmente vem ocorrendo na prática cotidiana. Ele engloba dois aspectos: um aspecto relacionado com as questões estritamente econômicas e, outro, que implica em definir as relações que as pessoas envolvidas no projeto vão estabelecer entre si, as tarefas, compromissos e responsabilidades a serem conjuntamente assumidos .

4.2.1 Viabilidade Técnica

Observa-se se o projeto atende aos requisitos técnicos, tais como: A) Existência de conhecimento e tecnologia necessários para a realização do projeto; B) Adequação às leis e normas, do estado onde será realizado, assim como às normas internas da própria instituição.

4.2.2 Viabilidade Estratégica

Ressalva-se se o projeto atende aos requisitos estratégicos, tais como: A) Adequação ou contribuição aos objetivos estratégicos traçados no planejamento estratégico da organização; e B) Adequação ou contribuição aos objetivos estratégicos da área, se o projeto for tático/ operacional.

4.2.3 Viabilidade Econômico-Financeira

Analisa-se se o projeto atende aos requisitos econômicos e financeiros, tais como: A) Existência de fontes de financiamento disponíveis e acessíveis, para assegurar os recursos financeiros necessários para a realização do projeto; B) Disponibilidade de recursos financeiros suficientes para realizar o projeto garantindo a operacionalidade

do mesmo; C) O fluxo de desembolso do projeto é factível; e D) O retorno esperado com o projeto deve ser compatível com o investimento realizado.

4.3 Cálculo da Viabilidade do Projeto

A necessidade de cálculo da viabilidade de um projeto surge basicamente em três momentos:

a) Após a elaboração do Projeto, mas ainda na fase de iniciação do projeto. O resultado do cálculo da viabilidade servirá como um dos insumos para a aprovação/autorização para o início da fase de planejamento do projeto. Neste caso, os dados para o cálculo de viabilidade do projeto serão em sua maioria estimados, pois os recursos, escopo, riscos e demais variáveis de um projeto são definidos e confirmados somente na fase de planejamento. Temos assim, somente uma viabilidade estimada do projeto.(RIBEIRO,2010)

b) Ao final da fase de planejamento do projeto. Como dito anteriormente, na fase de planejamento os recursos, escopo, riscos e demais variáveis de um projeto são definidos e confirmados. Assim, os dados para o cálculo de viabilidade do projeto são determinados e especificados, sendo possível obter uma viabilidade definitiva, ou mais concreta do projeto. O resultado do cálculo da viabilidade servirá como um dos insumos para a aprovação/autorização para o início da execução do mesmo.(RIBEIRO,2010)

c) Na análise de uma solicitação de mudança no projeto, durante a fase de execução. Durante a execução de um projeto, pode surgir a necessidade de realizar uma mudança. E toda mudança, antes de ser autorizada, deve ser analisada. Nessa análise, os impactos da implementação da mudança são identificados e, normalmente os cenários são elaborados. Para subsidiar a escolha/decisão por um desses cenários, a viabilidade de cada cenário é calculada (RIBEIRO,2010).

Baseado nestes conceitos, esse projeto aplicativo apresenta viabilidade de execução e para que o mesmo tenha sucesso é essencial à participação consciente de todos os envolvidos. Ou seja, estes precisam ter todas as informações necessárias para que possam avaliar e decidir, com conhecimento de causa, sobre as implicações do projeto e sobre a responsabilidade de cada um em

relação às várias atividades previstas. Esse é o maior desafio para a implementação de um projeto e para o seu sucesso.

5 PROPOSTA METODOLÓGICA PARA PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS VIGILÂNCIAS SANITÁRIAS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Para pensarmos em uma proposta metodológica de planejamento para as vigilâncias sanitárias da RMR foi necessário o aprofundamento teórico na temática planejamento. Neste processo foram considerados diversos autores, alguns com grande aproximação com o setor público e outros de maior relevância no setor privado. A ideia principal era não nos restringirmos a um único autor e nem apenas à única área, uma vez que inovações no setor privado podem ser utilizadas com sucesso na área pública, desde que sejam realizadas algumas adequações para esta outra realidade já que aqui o maior objetivo não é o lucro, mas a gestão eficiente e eficaz de recursos para proporcionar um sistema público de saúde de melhor qualidade para a sociedade.

Após revisão bibliográfica, o grupo optou por trabalhar com no mínimo três autores reconhecidos em sua área de atuação e também com o Decreto nº 7.508/2011 já que este regulamentou a lei orgânica da saúde e trouxe inovações quanto ao processo de planejamento no SUS. Os dois primeiros autores selecionados foram Carlos Matus e Mário Testa em virtude das suas contribuições para o planejamento estratégico no setor público na América Latina, pensamento estes bastante utilizados no setor saúde no Brasil. Como contraponto a este olhar essencialmente público, buscamos em Philip Kotler uma alternativa para um olhar estratégico que, apesar de seu caráter essencialmente privado, complementa as ideias dos autores anteriormente citados.

Assim, a proposta metodológica que apresentaremos neste projeto não se restringirá a uma única linha de pensamento estratégico, mas buscará consolidar as contribuições que cada um destes autores poderá fornecer para o planejamento em vigilância sanitária municipal, contemplando os requisitos legais do setor saúde e simplificando a forma de construção do planejamento num setor tão complexo como o da VISA.

A ideia é disponibilizarmos aos municípios da RMR uma proposta factível a realidade local, de fácil entendimento e que desperte o interesse de participação dos atores envolvidos no processo de planejamento, considerando as grandes fragilidades habituais do planejar em VISA.

Desta forma, o planejamento estratégico organizacional proposto neste projeto aplicativo contemplará 5 (cinco) momentos, de um ciclo de Planejamento Estratégico, explicitado no quadro abaixo. São eles: a) declaração da missão e visão da vigilância sanitária do município; b) diagnóstico situacional da VISA; c) elaboração do plano de ação e estratégia de viabilidade; d) execução das ações; e) monitoramento e avaliação.

Diagrama 1: Proposta metodológico para planejamento estratégico das Vigilâncias Sanitárias da RMR

Matus	Explicativo		Normativo		Estratégico	Tático-operacional	
Testa	Propósito	Organização	Método				
Kotler	Missão	Análise SWOT	Metas	Estratégias	Programas	Implementação	Feedback e Controle
Decreto nº. 7.508/2011	Regiões de Saúde	Mapas de Saúde	Contrato Organizativo da Ações Públicas de Saúde (COAPS)				
Roteiro Metodológico Proposto	Missão Visão	Diagnóstico Situacional da VISA	Plano de Ação	Estratégias de Viabilidade		Execução, Monitoramento e Controle	

Fonte: Elaborada pelo grupo.

5.1 Declaração da missão e Visão da Vigilância Sanitária Municipal

De modo geral, esse momento o objetivo que é as equipes de Visa possam responder às seguintes indagações: “*Quem somos?*” e “*onde queremos estar no médio/longo prazo?*”. A resposta a essa pergunta conduzirá as equipes a definição da Missão e Visão da Vigilância Sanitária Municipal. Esse momento apoia-se na primeira fase da metodologia de planejamento proposta por Philip Kotler.

Nesta etapa a vigilância sanitária municipal precisa definir sua missão específica dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), orientada com as políticas federais, estaduais e regionais de saúde.

A declaração da missão deve representar o propósito de existir da VISA dentro do contexto do que estabelece o SUS, atendendo às necessidades locais de cada município. É importante que nesta definição seja contemplado o modo de atuação da Vigilância sanitária, seu propósito e qual a seu papel como integrante o Sistema Único de Saúde.

A definição clara da missão da vigilância irá guiar os trabalhadores a fim de que elas trabalhem no sentido de atingirem os objetivos estabelecidos, obviamente contemplando a interface das ações de VISA com as demais áreas da vigilância em saúde e assistência.

Enquanto a missão retrata o propósito da VISA, a visão vai estabelecer a projeção da VISA para o futuro, ou seja, onde queremos chegar a médio e longo prazo. Sua construção objetiva dar uma perspectiva com relação ao direcionamento do setor, orientando gestores, trabalhadores, regulados e sociedade de modo geral na transformação sanitária da realidade local e intenção estratégica.

5.2 Diagnóstico Situacional da VISA

Após definir a missão e a visão, o segundo momento do roteiro metodológico é a realização da análise ambiental detalhada e completa dos fatores que possam interferir no cumprimento da missão e visão da VISA.

Aqui a proposta é que sejam avaliados os ambientes interno e externo ao setor vigilância sanitária através de uma metodologia estruturada que possibilite avaliar o impacto dos itens levantados no cumprimento da missão e visão institucional. Pela fácil aplicabilidade e entendimento da ferramenta, optamos por utilizar a matriz SWOT para realização desta análise.

A análise de SWOT prevê a análise global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, sendo as duas primeiras relativas ao ambiente interno (competências internas) e as duas últimas ao ambiente externo. Neste levantamento utilizaremos como as seguintes definições:

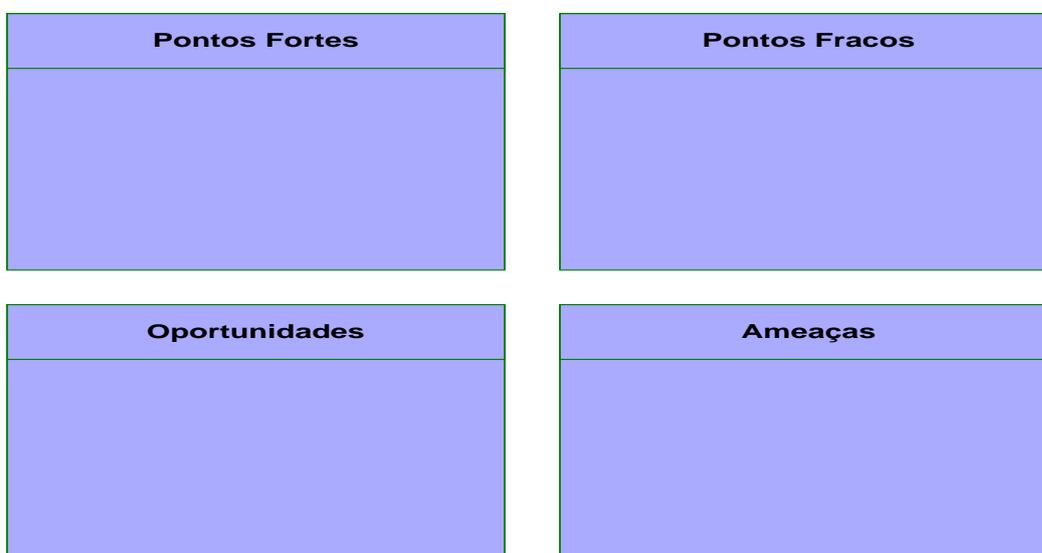
- a) Forças: são os fatores internos, positivos, que estão sob o controle da vigilância sanitária e que devem ser explorados para minimizar suas fraquezas e garantir o cumprimento do planejamento estratégico a ser implementado.
- b) Fraquezas: são as deficiências e fragilidades que inibem a capacidade da VISA e que precisam ser superadas. Estes são fatores relevantes e que precisam ser controlados para o planejamento estratégico e cumprimento da missão institucional e legal para a qual a VISA foi constituída;
- c) Oportunidades: são as variáveis externas e não controladas que podem criar condições favoráveis para a organização, possibilitando o atendimento dos

objetivos e metas. Elas refletem a realidade externa que interferem no funcionamento da VISA;

- d) Ameaças: representa os desafios impostos por uma tendência desfavorável que pode justificar o não cumprimento do planejamento estratégico. São fatores do ambiente externo que impactam diretamente a VISA e que não podem ser controlados, podendo prejudicar seu desempenho.

Na análise ambiental, propomos a utilização da matriz SWOT (modelo abaixo) para consolidação dos dados construídos durante as oficinas de trabalho para construção do planejamento.

Figura 7. Matriz SWOT



Identificada às forças e fraqueza, a segunda etapa será trabalhar os aspectos relacionados aos fatores críticos relacionados à Vigilância Sanitários, aqui definidos como os “problemas”. Uma vez selecionados os problemas para enfrentamento, estes serão descritos com mais clareza, por meios dos seus descritores. Após a descrição, os problemas serão analisados através da construção de uma rede de causalidade, utilizando-se a árvore de problemas proposta por Matus (1996).

Estes momentos são de suma importância para cumprimento das diretrizes constantes no Decreto nº 7.508/2011 já que no diagnóstico situacional poderão ser identificados os fatores determinantes (identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados) para delimitação das regiões de saúde que permitirão integrar a organização, o planejamento e a execução das ações de VISA com a otimização de recursos.

De forma complementar, também apoiarão a construção dos mapas de saúde previstos no referido decreto, a identificação da necessidade de saúde da população e deverá perceber o setor privado como um ator complementar do processo de controle sanitário no município.

5.3 Elaboração do plano de ação

A terceira etapa do plano contempla a construção do plano de ação para o planejamento, ou seja, aqui deverão ser estabelecidas as metas específicas da vigilância sanitária e as ações necessárias para atingi-las durante o período definido para o planejamento estratégico. Elas indicam dão o direcionamento de onde a VISA quer chegar.

Na construção das metas deve ser levado em consideração o propósito da organização, sua visão, valores, definição do mapa e região de saúde, características epidemiológicas e organização dos serviços de saúde da região, bem como os prazos para seu cumprimento e definição de indicadores para monitoramento. Devem ser estabelecidas metas para todas as áreas da VISA as quais deverão estar alinhadas com as políticas de saúde regional, estadual e federal.

Neste processo, as ações a serem definidas deverão atender às atividades prioritárias para resolver os problemas identificados durante a análise situacional, verificando inicialmente suas principais causas e definindo formas para eliminá-las ou minimizá-las. Novamente, devem ser previstos meios ou métodos específicos para atingir as metas, as quais deverão compor o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAPS) previsto no Decreto nº 7.508/2011.

5.4 Estratégias de viabilidade

Nesta etapa deverão ser definidas as estratégias utilizadas pela VISA para que sejam atingidas as metas através das ações definidas. Atenção especial deve ser dedicada a implementação, pois mesmo um bom plano ou metodologia de construção de estratégia não serão suficientes se as estratégias não forem implementadas eficaz e eficientemente.

É importante que a definição da estratégia parta do problema da VISA e contemple os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças identificados durante a análise

situacional, assim como deverá garantir a percepção do caráter intersectorial das ações de vigilância sanitária já que por si só a VISA não pode resolver os problemas sanitários de um dado território. Portanto, devem ser identificadas alianças estratégicas para complementar a ação da VISA e garantir sua efetividade.

A estratégia deve contemplar como serão mobilizados recursos, sejam eles humanos, financeiros, logísticos, materiais ou técnicos, para se atingir objetivos definidos no planejamento. Sua formulação, no âmbito da vigilância sanitária, deve basear-se em informações da situação de saúde do município (dados epidemiológicos), no mapa de saúde, nas obrigações estabelecidas em legislação, nas responsabilidades assumidas com os demais entes da federação, nas demandas sociais e na missão institucional.

Neste momento é importante que fique claro que as estratégias deverão atender às necessidades de saúde da região de saúde e não apenas do município, a qual necessariamente deverá contemplar a definição dos limites geográficos de atuação, população usuária das ações e serviços, o rol das ações que serão realizadas e as respectivas responsabilidades (BRASIL, 2011).

5.5 Execução, monitoramento e avaliação

Constituídas as operações e ações, o próximo passo é o estabelecimento do plano de execução para o cumprimento do desenvolvimento do plano e conseqüentemente o alcance dos seus objetivos. É de fundamental importância que os executores do plano tenham em mente que as atividades estabelecidas devem levar ao cumprimento das operações correspondentes.

Nesta proposta o monitoramento presta-se ao acompanhamento continuado dos compromissos (operações, ações e atividades), explicitados no plano de ação, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme preconizado.

Nos dois casos – monitoramento e avaliação – o propósito é o de identificar os pontos de fragilidade que merecerão a adoção de medidas ou intervenções por parte dos responsáveis pelo objeto deste monitoramento e avaliação, visando superar os desafios que impedem o avanço do que está proposto.

Estes momentos representam as etapas mais importantes do planejamento, pois vai garantir que todo o trabalho realizado não seja apenas mais um documento a ser

engavetado. A simples formulação de estratégias não é suficiente. É preciso que dirigentes, gestores e trabalhadores de VISA se comprometam com a execução eficaz e eficiente das estratégias definidas, que se monitore e reavalie as ações e plano de tempos em tempos para adequá-los à eventuais mudanças que ocorram nos ambientes interno e externo VISA a fim de garantir que medidas corretivas adequadas sejam implementadas.

O monitoramento das metas e indicadores de desempenho estabelecidos é essencial para o monitoramento e avaliação do planejamento estratégico construído. Nesta última etapa devem ser definidos os critérios e prazos de avaliação de desempenho/resultados, a forma de controle e avaliação permanente de sua execução, tudo isto a ser incluído no COAPS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de planejamento estratégico que propomos objetiva responder questões e anseios importantes da vigilância sanitária. Saber quem somos, como estamos, para onde queremos ir e como chegaremos lá são respostas essenciais a serem buscadas junto aos trabalhadores de vigilância e demais atores intervenientes do processo. Não há como se planejar sem garantir o cumprimento destas etapas para assegurar o processo de aprendizagem e aculturação do planejamento estratégico esperado por este projeto.

O propósito deste projeto foi viabilizarmos uma ferramenta prática e de fácil compreensão que garantisse a efetividade do planejamento estratégico em VISA e sua incorporação como instrumento de apoio à gestão. Contudo, todo este esforço não terá resultado se o *planejamento* fizer parte da cultura dos gestores e demais profissionais de vigilância sanitária da Região Metropolitana do Recife. Um grande esforço deve ser realizado por todos os profissionais do setor para que o processo de planejamento deixe de ser uma obrigação legal para constituir uma ferramenta de apoio à gestão que garanta o cumprimento da missão maior da vigilância sanitária: proteger a saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ARTMAN, E. O planejamento estratégico situacional em nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. Cadernos da oficina social nº 3 desenvolvimento local. COPPE/UFRJ, 2000. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=444>.
- BARBOSA, A. A; Financiamento das ações de VISA: a evolução do repasse federal. Salvador. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, 2009.
- BATEMAN, T. S; SNELL, S. A. Administração: Construindo vantagem competitiva. São Paulo: Atlas, 1998.
- BRASIL. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 05 de outubro de 1988.
- _____. Congresso Nacional. 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 de saúde correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de setembro de 1990.
- _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de
- BUARQUE, C. Avaliação econômica de projetos: uma apresentação didática. Rio de Janeiro. 1984
- CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F., DENIS J.L., PINEAULT, R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.), Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, pp. 29-48, 1997.
- COSTA, Frederico L. C.; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação social de projetos: limitações e possibilidades. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD. Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.
- FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na AB: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Materno-Infantil*, 4(3):317-321, 2004.
- GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública*, vol.6, n.2, pp. 129-153, 1990.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico, 2010 Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=26&dados=1>, acessado em 23 mar 2012.
- KOTLER, P. Administração de marketing: a edição do novo milênio. 10 ed. São Paulo: Prentice Hall. 764p., 2000.
- KRAYCHETE, G. Como fazer um estudo de viabilidade econômica

LUCCHESI, G. Globalização e regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

MATUS, C. Política, planificación y gobierno. Washington D.C: Borrador. 1987.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996.

MATUS, C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo; FUNDAPE, 1997.

MOTTIN, L. M. Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 159 p., 1999.

PAIM, J. S. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (org) Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC, São Paulo, Rio de Janeiro, p.767-782, , 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*.vol.40, n.spe, pp. 73-78. ISSN 0034-8910, 2006

PIOVESAN, M. F. et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais.*Rev. bras. epidemiol.*, vol.8, n.1, pp. 83-95, 2005.

RIBEIRO,W.L .Como calcular a viabilidade de um projeto utilizando técnicas de análise de investimento. Brasília, 2010.

RIEG, D. L; ARAUJO FILHO, T de. O uso das metodologias "Planejamento Estratégico Situacional" e "Mapeamento Cognitivo" em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFS, *Car.Gest. Prod.*, vol.9, n.2, pp. 163-179, 2002.

SÁ, M. C.; PEPE, V. L. E. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 197-232, 2004.

SANTOS, M. Z dos: A institucionalização do planejamento na Anvisa. Salvador, 137 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, 2007.

SHAPIRO, J: Monitoramento e Avaliação. Disponível em: <https://www.civicus.org/new/media/Monitoramento-e-Avaliacao.pdf>., acesso em 23 abril 2012.

TESTA, M. Estrategia, Coherencia y Poder em lasPropuestas de Salud – Parte I. Cuadernos Médicos Socialies. Rosario (38)4:24, 1987.

_____. Estrategia, Coherencia y Poder em lasPropuestas de Salud – Parte II. Cuadernos Médicos Sociales. Rosario (39)3:28, 1987.

_____. O Pensamento Estratégico em Saúde.*In: RIVERA, F. J. U.,Planejamento e Programação em Saúde um Enfoque Estratégico*. São Paulo: Cortez Editora, p 59-104, 1989.

_____. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 1992.

_____. Pensamento Estratégico e Lógica de Programaçãoo Caso da Saúde. Ed. HUCITEC, São Paulo-Rio de janeiro, 1995.

APÊNDICE

Quadro 6. Cronograma para sistema de vigilância/monitoramento

NÓ CRÍTICO 1 - Ausência de instrumentos de planejamento direcionados a Visa														
Operações (OP)/Ações	2012												Indicadores	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
OP1 - Desenvolver um instrumento metodológico de planejamento estratégico direcionado à Vigilância Sanitária.														Instrumento metodológico construído
Ação 1.1 - Levantar a literatura pertinente sobre PES (?)	X	X	X	X	X	X								Levantamento de literatura realizado contemplando pelo menos três autores
Ação 1.2 - Definir a metodologia do planejamento estratégico a ser adotado pela VISA						X								Metodologia de Planejamento Estratégico definida e devidamente embasada
Ação 1.3 – Apresentação do produto final para os gestores e trabalhadores de VISA e demais órgãos que direta ou indiretamente estejam envolvidos com os processos de trabalho da VISA.								X						Produto final elaborado e apresentado a pelo menos 70% dos atores envolvidos no processo de planejamento

Quadro 7 - Cronograma para sistema de vigilância/monitoramento

NÓ CRÍTICO 2 - Ausência de estratégia para o envolvimento dos atores														
Operações (OP)/Ações	2012												Indicadores	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
OP 2 – Envolver e mobilizar atores relevantes para participar do processo de planejamento estratégico em VISA														70% dos atores participando do processo de planejamento em VISA
Ação 2.1 - Realizar oficinas de sensibilização para os técnicos da VISA sobre a importância do planejamento estratégico como ferramenta para o processo de trabalho	X													Oficinas de sensibilização realizadas com participação de 80 % dos atores convidados
Ação 2.2 – Realizar oficinas para avaliação da estrutura organizacional e os processos de trabalho de VISA, adequando-os ao Planejamento Estratégico		X	X											Oficinas de sensibilização realizadas com participação de 80 % dos atores convidados
Ação 2.3 – Realizar oficinas de sensibilização para os órgãos e entidades que fazem interface com a VISA sobre a importância do planejamento como ferramenta de gestão setorial				X	X									Oficinas de sensibilização realizadas com participação de 80 % dos atores convidados
Ação 2.4 – Capacitar os trabalhadores e gestores de VISA na metodologia de planejamento proposta						X								80% dos trabalhadores e gestores capacitados na metodologia de planejamento proposta.
Ação 2.5 – Divulgar os resultados obtidos nas oficinas de mobilização dos atores no planejamento em VISA			X			X			X			X		Resultados divulgados